FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

18

Année 1906

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 8 novembre 1906, à 1 heure

PAR

Joseph-Henry GIMBERT

Né à Cannes, le 7 novembre 1878
Interne des hôpitaux de Paris
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Lyon

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSYCHONÉVROSES

CHEZ LES TUBERCULEUX

PRÉSIDENT : **M. BOUCHARD**, professeur.

JUGES. { **MM. DEBOVE**, professeur. **JEANSELME**, **CARNOT**, } agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen . . . . . M. DEBOVE.
Professeurs . . . . . MM.

Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. / BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. / DIEULAFOY. / DEBOVE. / LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. / TERRIER. / BERGER. / RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. / BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI
BALTHAZARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	PROUST.
BEZANÇON.	DUVAL.	LEGUEU.	RÉNON.
BRANCA.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MAGAIGNE.	RIEFFEL.
BROCA (André).	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
CARNOT.	GUIART.	MARION.	THIROLOIX.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CUNÉO.	LABBÉ.	MÉRY.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.
Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Le Docteur GIMBERT (de Cannes)

J'ai tenté de ranimer dans ces lignes quelques-unes de ses pensées les plus chères. Elles naquirent dans des causeries inoubliables pour moi. Que l'esprit enthousiaste de mon cher disparu revive encore dans ces observations, et que le modeste cadre que je leur ébauche y enchâsse mon admiration et mon filial souvenir.

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BOUCHARD

MEMBRE DE L'INSTITUT

Nous avons eu le bonheur d'apprendre tout jeune la perfection de sa bonté, mais nous ne saurons jamais lui témoigner assez de reconnaissance pour son affection toujours prête à diriger, à soutenir, à consoler.

A M. le Docteur LÉON LABBÉ

SÉNATEUR

MEMBRE DE L'INSTITUT

Qu'il nous permette de le remercier ici une fois de plus de son affection toute paternelle. C'est le seul caractère qu'il a voulu lui donner, c'est assez dire qu'elle les contient tous et qu'elle est inépuisable.

A M. le Professeur J. TEISSIER

Au maître éminent dont la bonté et le dévouement se sont tant dépensés pour moi, en hommage de mon bien vif attachement et de ma profonde reconnaissance.

A M. le Professeur TERRIER

Il a bien voulu nous accueillir dans son service et nous y montrer toute son indulgence et sa bonté; il a été pour les miens un ami délicat et dévoué, qu'il me permette de lui en exprimer toute ma gratitude.

A M. le Professeur BONDET

Dont la bienveillance nous a été si accueillante et le clair enseignement si précieux au début de nos études.

A M. le Docteur GOUJON

SÉNATEUR

Chez qui je fus toujours accueilli avec tant de bienveillance.

A M. le Professeur P. SEGOND

Hommage respectueux et reconnaissant.

A M. le Docteur PIERRE BOULLOCHE

L'ami et le conseiller de tous les instants, en reconnaissance de son intérêt si dévoué, qu'il veuille bien offrir à ceux qui l'entourent, et agréer pour lui le meilleur de mon affection.

A M. le Docteur FAISANS

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

Il ne nous a ménagé ni son appui ni ses conseils, qu'il nous permette de l'en remercier ici et de le comprendre parmi ceux sous l'égide desquels il nous sera agréable de marcher.

A M. le Docteur LERMOYEZ

En toute affection et en toute reconnaissance.

A M. le Docteur P. LEREBOULLET

Au maître si instruit, à l'ami si dévoué, nous adressons notre reconnaissance. Il a bien voulu être un peu notre guide dans ce travail, qu'il nous excuse d'en avoir tant abusé et soit bien sûr que nous n'oublierons jamais ce qu'il a fait pour nous.

A M. le Professeur agrégé G. ROQUE

C'est sous sa direction éclairée que nous avons eu le bonheur de faire nos premières études médicales. Depuis, à ses côtés ou loin de lui, nous avons toujours senti et apprécié son heureuse influence, la plénitude de son dévouement, la fidélité de son affection, qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre gratitude.

A M. le Professeur agrégé P. CHATIN

Il a toujours caché sous le voile charmant de l'amitié la plus cordiale les qualités de maître qui nous ont été si précieuses, il nous est agréable de le remercier ici de tant de témoignages d'affection.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE LYON

M. le Professeur BONDET,
M. le Professeur SOULIER,
M. le Professeur agrégé ROQUE,
M. le Professeur agrégé VALLAS,
M. le Professeur agrégé CHATIN.

Externat.

M. le Professeur agrégé GANGOLPHE, } 1897-98
M. le Professeur ROLLET, }
M. le Docteur GAREL, }
M. le Professeur agrégé BOUVERET, } 1898-99
M. le Professeur J. COURMONT. }

Internat provisoire.

M. le Professeur JABOULAY,
M. le Docteur RABOT,
M. le Docteur BRET,
M. le Docteur MOLLARD.

A M. le Professeur agrégé P. COURMONT,
A M. le Docteur JEAN LÉPINE,
A M. le Docteur LAROYENNE.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

Externat.

M. le Professeur TERRIER, 1900-1901
M. le Docteur ANDRÉ PETIT, 1902-1903
M. le Docteur G. LION, 1902-1903
M. le Docteur FAISANS, 1903-1904

Internat provisoire.

M. le Docteur NETTER,
M. le Docteur J. RENAULT, 1904-1905
M. le Docteur GUINON,
M. le Docteur PAPPILLON,
M. le Docteur RIST.

Internat.

M. le Docteur DALCHÉ, 1905-1906
M. le Docteur THIROLOIX, 1906
M. le Docteur RAMOND,

A M. le Docteur LE GENDRE,
A M. le Professeur agrégé CLAUDE,
A M. le Professeur agrégé GOSSET,
A M. le Docteur AUCLAIR,
A M. le Docteur DUJARIER,
A M. le Docteur RATHERY.

Je les prie de vouloir bien agréer l'hommage de ma reconnaissance pour leur savant enseignement, le précieux intérêt qu'ils m'ont toujours témoigné et dont je m'efforcerai de me rendre digne.

A MES AMIS

INTRODUCTION

De quelque nom qu'on l'exprime et de quelque façon qu'on l'explique la dualité de la nature humaine est manifeste et fondamentale : L'âme et le corps, l'élément matériel et l'élément psychique. Il existe une corrélation constante et forcée entre la vie matérielle et la vie psychologique de l'homme, ce qui peut se résumer dans cette loi formulée par Leibnitz : « L'âme exprime le corps, le corps exprime l'âme, ce sont deux miroirs qui se réfléchissent l'un l'autre. » Aussi les états d'âme ont-ils le plus souvent un substratum matériel.

C'est un état organique quelconque, une modification structurale transitoire ou définitive de la cellule nerveuse. Prenons par exemple avec Dubois la tristesse. C'est un état d'âme, une manifestation psychique, mais il a son substratum matériel. Dans son essence d'abord c'est un phénomène psychophysique à la production duquel concourent divers modificateurs organiques mais dont la manifestation reste purement psychique. Dans ses causes ensuite il peut naître d'une idée, d'une représentation mentale, il est dans ce cas d'origine psychique idéogène, ou bien au contraire être le résultat d'un poison agissant sur

les centres nerveux, il faut lui reconnaître alors une origine somatique.

Il est donc légitime au cours d'une maladie infectieuse de se préoccuper de ce que va devenir l'état psychique sous l'influence de l'intoxication ; de rechercher quels seront les rapports du physique et du moral, s'il existe des troubles mentaux d'origine somatique, et des troubles somatiques d'origine mentale. Les psychophysiologistes contemporains qui ont étudié avec grand soin ces phénomènes ont vu bien des liens intimes entre eux : à la lecture de leurs ouvrages, il nous a semblé que nombre de leurs explications pourraient s'appliquer à la tuberculose. Sans doute les troubles psychiques des tuberculeux ont de tout temps frappé les médecins, et tous ceux qui ont eu à les soigner ont été à même de constater combien fréquemment à côté du traitement à apporter à la tuberculose elle-même était importante la cure mentale ou pour mieux dire la psychothérapie du tuberculeux. Tous ont reconnu la relation évidente dans ces cas entre le physique et le moral mais ont noté en même temps qu'il n'y avait nulle proportion entre l'intensité de ces troubles psychiques et celle des lésions. Tel tuberculeux à peine atteint et dont la lésion est encore latente présente des troubles nerveux apparents et marqués qui précèdent souvent l'éclosion des phénomènes pulmonaires si bien que l'on a pu décrire une neurasthénie prétuberculeuse. C'est-à-dire plus exactement une neurasthénie révélatrice, d'une tuberculose cachée mais déjà existante et qui à ce stade est souvent curable. Tel autre au contraire profondément atteint, fébrile avec des lésions

étendues, frappe par son euphorie, parfois même par son activité cérébrale et physique. Un troisième enfin porteur de longue date de lésions torpides, les ayant régulièrement et longuement soignées paraît cliniquement très amélioré, on parle même de sa guérison et on le croit susceptible de reprendre une activité physique et intellectuelle modérée, il étonne alors par sa tendresse, sa faiblesse psychique persistante, tandis que les lésions pulmonaires semblent avoir rétrocédé que l'état organique général paraît satisfaisant, la volonté, l'activité intellectuelle et physique font défaut et l'asthénie nerveuse devient le phénomène dominant.

C'est en présence de ces malades que souvent la tâche du médecin est malaisée, il cherche en vain à le persuader de l'amélioration réelle de sa santé, il s'étonne même de l'inanité de ses efforts. En réalité il s'agit là d'une situation que d'une part l'analyse psychologique, d'autre part la connaissance de l'état vrai des fonctions organiques des tuberculeux permettent de confondre et qui, liée souvent étroitement à l'évolution persistante quoique larvée de la tuberculose, disparaît si celle-ci s'améliore plus encore ou d'autre fois précède une rechute. Dans les dernières années de nombreux travaux ont été consacrés à la suite des recherches de Ribot, de Pierre Janet, de G. Dumas, de Dubois, de Dejerine et de ses élèves à l'analyse psychophysiologique des troubles mentaux. Et l'étude des psychonévroses et de leur substratum organique comme nous le disions plus haut a pris une grosse et juste importance. Toutefois le tuberculeux, si communément observé, présentant

des lésions si variables d'intensité, ayant des troubles psychiques aussi nombreux, a été peu analysé à ce point de vue. Nul doute pourtant selon nous, que la tuberculose et certaines tuberculoses latentes et torpides notamment, ne doivent occuper à côté d'autres maladies infectieuses une place importante parmi les causes provocatrices des troubles psychiques.

Rappeler les principaux travaux consacrés à ces troubles psychiques du tuberculeux, montrer leurs multiples aspects cliniques en les rapprochant de ceux observés dans les diverses psychonévroses, interpréter enfin ces troubles en nous appuyant d'une part sur les données psychophysiologiques récentes, d'autre part et surtout par la connaissance des troubles organiques actuellement analysés chez le tuberculeux tel est le but de ce travail. Il constitue plutôt une étude préliminaire qu'une analyse complète pour laquelle plus de temps et d'expérience eussent été nécessaires. Néanmoins certains faits observés par nous nous avaient frappé et nous ont paru légitimer cette étude que nous espérons pouvoir reprendre dans l'avenir en la précisant.

HISTORIQUE

Les premières études sur l'état mental des tuberculeux ont été faites chez des aliénés, c'est-à-dire que le stade de psychose simple était déjà bien dépassé. D'ailleurs à cette époque ce qui intéressait surtout les observateurs c'était bien plus la recherche des causes de la tuberculisation des aliénés que celle des psychoses des tuberculeux. Pinel en constate la fréquence. Esquirol dans son traité des maladies mentales est plus explicite. Il dit en propres termes : « La phtisie qui complique la folie et spécialement la lypémanie a été observée souvent. Je l'ai vue un grand nombre de fois précéder la lypémanie ou se déclarer en même temps qu'elle... Il est certain que la phtisie cause ou du moins précède l'aliénation mentale et alterne avec elle. » La tendance dépressive des psychoses des tuberculeux est donc déjà signalée. En 1864 Skae, Clouston en Angleterre en donnent une description parfaite. « Le plus souvent la maladie commence par une altération graduelle de la manière d'être, de la conduite et des sentiments avec tendance à une défiance maladive vis-à-vis de l'entourage, à l'indécision, à l'insociabilité, à l'irritabilité ; une absence totale de ressort et de joie de vivre. En même temps il y a diminution

du poids du corps, digestions difficiles, intolérance des substances grasses, dégoût des aliments, perversion du goût et mauvais teint. Il peut y avoir ou non des symptômes pulmonaires, le plus souvent il n'y en a pas. Alors se produit la phase aiguë de la psychose si le cas comporte une telle phase. Le patient perd le sommeil, devient mélancolique ou maniaque sans manifestations extrêmes en même temps que l'état physique périclite de plus en plus. L'affaiblissement organique qui caractérise la maladie se révèle souvent par le refus d'aliments... Peu à peu le patient devient irritable, morose, insociable, soupçonneux, avec des alternatives de mieux et de pires. Les aptitudes intellectuelles, quoique affaiblies, subsistent dans une certaine mesure, il se produit occasionnellement d'inexplicables accès légers d'excitation. Le patient perd le goût de s'amuser ou de s'occuper, et il prend pour des persécutions ou des démonstrations hostiles les efforts que l'on fait pour l'y pousser. Il y a de la dépression, mais pas de souffrance mentale réelle ; il ne se sent porté vers personne et les attentions de ses proches ne lui suggèrent que des récriminations. L'énergie musculaire est nulle et l'activité physique impossible, l'appétit est faible et capricieux. Dans quelques cas pendant la période fébrile qui précède le dénouement j'ai vu disparaître les troubles psychiques. »

Au tome V du compendium de médecine, le premier à chercher quels rapports peuvent relier la tuberculose à l'hystérie, Monneret de Fleury, en 1847, nous dit : « La tuberculose pulmonaire peut être favorisée par le trouble nerveux qui gêne la respiration, mais on reconnaîtra que

c'est aller trop loin que de faire résulter en quelque sorte la phtisie pulmonaire de l'hystérie. »

Après lui Briquet dans son *Traité de l'hystérie* croit que la névrose n'est qu'un signe de l'intoxication. « On se trompe en disant que la tuberculose est la conséquence de l'hystérie, c'est bien plutôt l'éréthisme nerveux occasionné par la première impression de la tuberculisation qui a déterminé le mouvement nerveux hystérique. »

En 1874 paraît la thèse de Hahn, qui résume les connaissances acquises jusqu'alors. Puis Bra, dans son manuel des maladies mentales, décrit l'euphorie des tuberculeux, la tendance aux rêves poétiques et la faiblesse irritable. Les auteurs qui vont suivre vont chercher à établir ou à étudier du moins les rapports d'évolution entre la tuberculose et les psychoses qui se manifestent au cours de son développement.

Pidoux en 1873 constate dans ses études sur la phtisie que la phtisie marche très lentement et a des rémissions incalculables chez les personnes affectées de névrose. « S'il est un fait évident pour moi, c'est que ces sortes de sujets chez lesquels la phtisie n'est pas rare lui opposent une résistance surprenante et indéfinie. »

Leudet dans son rapport au congrès du Havre en 1878 n'est pas aussi affirmatif, il dit : « La tuberculose pulmonaire chez les hystériques peut donc être très courte, mortelle en moins d'un an, ou, au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, elle a une durée qu'on pourrait dire, à l'exemple de Pidoux, indéfinie. »

A la même époque Ball reprenait la question, il cite un cas d'euphorie, la dit fréquente, contrairement à

l'hypochondrie, insiste, par contre, sur l'irritabilité, la susceptibilité morbide, la difficulté de caractère des tuberculeux, il décrit les pertes du sens moral, les délits, les crimes que l'intoxication tuberculeuse peut conduire à commettre, enfin il croit pouvoir édicter *des lois* établissant l'influence des troubles mentaux sur l'évolution de la tuberculose :

1re loi. Les deux affections psychique et somatique ont une marche parallèle.

2e loi. La tuberculose et la folie alternent.

3e loi. La folie remplace la tuberculose et Ball cite à l'appui de cette loi le cas d'un sujet qui seul d'une famille de tuberculeux échappe à l'infection, mais pour succomber à la folie « par une transformation de l'hérédité morbide ». C'est la théorie reprise par Moreau de Tours en 1877 dans l'*Abeille médicale* ; à ce moment, il est vrai, les dégénérescences n'étaient pas considérées encore...

Le Traité de psychiatrie de Krafft-Ebbing enregistre les résultats obtenus et signale comme fait nouveau le délire « d'inanition » qui s'observerait dans les stades terminaux de la phtisie.

Ici le délire a ordinairement un caractère mussitant et consiste surtout en conceptions et illusions des sens d'une nature gaie, cependant les illusions terrifiantes et pouvant amener une réaction défensive peuvent aussi exister.

En 1879 Peter dans ses cliniques insiste sur le rôle de la prédisposition héréditaire dans l'apparition des troubles délirants et conclut : « On ne devient pas fou par hasard, mais parce qu'on a une faible cervelle et qu'on tombe toujours du côté où l'on penche. »

Le mémoire que Grasset fit paraître en 1884 vient étayer ces conclusions de faits nombreux montrant la fréquence de la tuberculose dans les antécédents des hystériques et des délirants ; il lui semble que les névroses chez les tuberculeux ne sont que des cas de folie diathésiques.

La thèse de Furet en 1888 discute la part de la tuberculose dans la genèse de l'hystérie. « La tuberculose ne peut pas produire l'hystérie, elle peut la solliciter, l'éveiller, coexister avec elle. Les deux affections peuvent s'influencer réciproquement en se modérant l'une et l'autre jusqu'à ce que l'une d'elles l'emporte et c'est généralement la tuberculose. »

Dans son *Traité de l'hystérie* (1891), Gilles de la Tourrette discute les opinions de ses prédécesseurs et réagit contre la tendance que certains, Largaud à Montpellier, Gibotteau dans sa *Thèse* de Paris, avaient voulu établir concernant l'influence frénatrice des névroses sur la tuberculose. « En résumé, dit-il, tous les auteurs conviennent que l'hystérie, comme toute affection susceptible de débiliter l'organisme, favorise l'éclosion de la tuberculose. Or si certains ont cru qu'elle en arrêtait le développement, c'est qu'ils ont observé des cas de manifestation pulmonaire de la diathèse vaso-motrice et que ces phtisies, qui n'en étaient pas, ont guéri. Le diagnostic entre la phtisie hystérique et la phtisie vraie est fort difficile. Qu'on se rappelle le fait de Petit où le diagnostic de tuberculose fut affirmé par Rayer, Trousseau et Siredey, ce qu'on peut admettre, c'est que sur le terrain de l'hystérie, si mobile, si changeant chez ces anorexiques

émaciés au suprême degré, regagnant le mois suivant 15 kilogrammes de leur poids, la tuberculose fructifie mal ou très irrégulièrement le lendemain du jour où elle avait germé avec les meilleures chances de développement. »

Weill, dans un article de la *Revue de médecine* (1893), puis dans sa thèse, étudie les troubles nerveux dans la tuberculose pulmonaire, il revient à l'opinion de Charcot et en fait de la névrose : « Les lésions du système nerveux se doublent souvent d'action à distance, la cellule ou les fibres excitées par la sclérose ou l'inflammation déterminent dans les régions centrales indemnes des modifications qui aboutissent à l'hystérie. »

Carrière rapporte de même à la névrose quelques-uns des troubles nerveux périphériques observés dans la tuberculose.

L'importante thèse de Chartier (1899) étudie les rapports entre la phtisie latente et les psychoses, il insiste sur le rôle de l'hérédité prédisposante sur la triple intoxication tuberculeuse par infection secondaire et par anoxhémie.

La Bonnardière (1898) de ses observations à l'asile de Bron croit que la tuberculose peut de toutes pièces créer la psychose. « Chez des individus dont l'étude des antécédents ne révèle aucune tare on peut observer un délire à forme hystérique, une manie par excès. »

La thèse de Kara Tueff de Montpellier (1899) réunit dans un travail important les diverses notions acquises jusque-là.

Depuis cette époque, on s'est occupé plus particuliè-

rement de la personnalité psychique du tuberculeux que l'on côtoie, avec lequel on vit. C'est l'origine d'une série d'œuvres où le côté littéraire ne le cède en rien au côté scientifique ; qu'il nous soit permis d'en extraire quelques passages.

Le premier travail dont nous ayons connaissance est de Heinzelmann. Il est paru dans le *Münchener Clinische Wochenschrift* de 1894 ; on trouve dans cette analyse les divers éléments qui seront ultérieurement approfondis. « L'état psychique, dit-il, s'altère chez certains tuberculeux au point de dominer l'état fébrile antérieur. Pourtant le tuberculeux chronique peut montrer des altérations psychiques avec ou sans fièvre, mais plus nombreuses et plus intenses qu'on ne le voit d'ordinaire. Il faut même aussi noter chez d'autres la gêne créée par des palpitations de cœur, la *disposition à la colère,* la *dispositiou aux alternatives de dépression et d'élévation psychique* ; maint tuberculeux parle aujourd'hui à tous avec le plus grand sang-froid de sa mort prochaine et en même temps songe comment il pourrait bien séjourner dans son pays pendant la saison. Puis il y a *les violents* : certains tuberculeux très avancés et ayant l'âme à la parole lorsqu'ils sont excités ne supportent pas la contradiction et malgré leur désir ils s'emballent si dans la conversation on soutient une idée opposée à la leur, du moins en ce qui concerne une série de propositions dont ils ont l'expérience d'une manière parfaite. D'autres ont besoin de *rechercher la compagnie de gens inférieurs,* à part, parce que leur compagnie ne les excite ni ne les fatigue. Chez maints tuberculeux chroniques, l'*excitation sexuelle* est très intense.

Quant à l'état psychique des tuberculeux avancés, il peut être divisé en deux groupes. Indépendamment de l'ignorance de leur état, l'*euphorie* se manifeste parfois plus longtemps avant l'agonie ; elle résulte : 1° de la faiblesse de leur vie sensible, de la versatilité de leur esprit, de leur tendance à l'agitation morale, de l'*irritabilité* commune, cette excitabilité légère aboutit souvent à l'insomnie. 2° De la faiblesse de l'intelligence, quelquefois optimiste par suite des ménagements du médecin ou malgré ses avertissements, il y a en général *diminution des capacités critiques,* déploiement d'énergie disproportionné par rapport au travail à accomplir et déplaisir pour le travail ou l'effort dont on a perdu l'habitude. »

Puis Letulle en 1900 écrit sur le même sujet un article paru dans les *Archives générales de médecine* de 1900. Au point de vue intellectuel, dit Letulle, il est difficile au début de préciser exactement l'état intellectuel du tuberculeux ou bien on a le *type éréthique,* ces malades-là « étonnent le monde », leurs aptitudes intellectuelles s'aiguisent, la mémoire, le jugement, la finesse du raisonnement se mettent en branle avec une ampleur incomparable. Puis peu à peu l'éclat des qualités cérébrales s'atténue, la déchéance s'annonce d'abord par des paresses intermittentes et passagères ; devenu plus pénible, l'effort intellectuel perd de son élasticité, le travail du cerveau ne procède plus que par à-coups, par des sortes de crises espacées. Or, ou bien le tuberculeux subit cette métamorphose avec une parfaite inconscience, ou bien il est conscient. « C'est plus fort que moi, j'ai besoin de me dépenser. » Plus tard, l'état intellectuel se

métamorphosera et la maladie deviendra morale et ce sera la *neurasthénie intellectuelle* que l'on retrouve soit jusqu'à la mort, soit jusqu'après la guérison. L'indifférence naît, la puissance de l'attention s'épuise. « Par contre, la *faculté accrue de l'étude du moi* pathologique font que ses fonctions viscérales, son appétit, son sommeil, ses sueurs deviennent l'occupation dominante de sa vie. La mémoire reste par contre d'une fidélité absolue, mais se fixe de préférence sur des sujets tristes, le jugement reste droit et le raisonnement logique. Puis c'est l'*euphorie,* cette sorte de demi-démence, d'illusion délirante, qui les mène doucement à leur fin. Tel est l'état intellectuel. Quel va être l'état d'âme ? Il y a les *immuables,* « l'élite », leur caractère n'a pas changé, les uns, résignés, tendres, expansifs, reconnaissants pour leur médecin et leur entourage, les autres courageux. La plupart ont une *irritabilité psychique* homologue de l'intellectuelle, ils deviennent irascibles, ombrageux, ils ont des crises de tristesse, mais il est rare que les défectuosités de l'âme s'atténuent. La *tristesse* est constante. L'*égoïsme* s'éveille ou pour mieux dire s'exacerbe et le malade ne vit plus que pour lui-même. Il reste enfermé, isolé, solitaire, n'ayant guère qu'un seul confident : son médecin, un ami, un compagnon de misère. « *Moi, toujours moi, moi seul, quoi qu'il advienne* », et cela parce que l'instinct de conservation n'est plus refréné. Ils deviennent exigeants pour leur entourage, l'ouvrier ruine sa famille pour se soigner, la femme n'est pas reconnaissante à son mari de ce qu'il fait pour elle. » Le poitrinaire veut qu'on l'aime et se laisse aimer. « L'âme

du poitrinaire, concentrée sur elle-même, silencieuse, même chez les poètes, ne s'ouvre plus guère qu'aux impressions extérieures, aux sensations vives suggérées par la nature. »

« Avec tout poitrinaire, on doit partir de cette loi psychologique que toujours et à n'importe quelle période du mal on est en présence d'un être moral endolori, d'une âme assoupie dans ses regrets et devant laquelle tout s'efface, hormis le besoin de vivre... Pour vivre encore si peu que ce soit, tout lui sera bon, tout lui sera juste. »

Engel (1902) expose les réflexions suivantes sur l'état psychique du tuberculeux : « Une grande partie des troubles qui se voient chez les tuberculeux sont dus non pas à la tuberculose, mais au *trouble de l'état général*... Toutes ces manifestations, un cardiaque, un bronchitique chronique peut les présenter, mais elles se voient plus dans la tuberculose parce qu'aucune autre maladie ne laisse autant de temps pour l'exagération de ces troubles...

« Dans les premiers stades de la maladie, il est constant de voir la *capacité intellectuelle et l'activité intactes*, il n'est pas facile de vaincre la résistance que ces malades opposent à tous les soins qu'on leur conseille.

« Après quelque repos, ils n'ont plus la sensation d'abattement, il est donc bien difficile de les obliger à se soigner, d'autant plus que l'entourage, souvent tout comme le malade, se demande pourquoi il faut attacher tant d'attention à cette maladie. C'est pourtant dans ces cas que les réitérations sont le plus à craindre, il arrive que ce tuberculeux, rendu à sa famille et à son

métier avec le droit de regarder l'avenir avec calme, à la première reprise de son activité va avoir une récidive et ses illusions s'effondrent. Or ces alternatives de foi et de désillusion exercent une influence importante sur la sensibilité du malade. Au commencement, le tuberculeux lutte contre cette tendance, mais, plus faible, il succombe, la force morale manque, il retourne à sa nature, les *tendances innées du caractère s'accentuant, viennent les psychoses déterminées*. Celui qui a des tendances *pessimistes* le devient davantage, *l'optimiste! le sanguin, l'irascible,* tous les caractères se rencontrent chez le tuberculeux et il est curieux de voir combien les traits de ce caractère s'accordent souvent avec ce que les parents racontent des tendances du malade dans son enfance, tendances que l'éducation, l'énergie, le milieu extérieur semblaient avoir vaincues... Au premier rang nous pouvons placer *les sanguins*. Ils ont une tendance expansive, le caractère aimable. Ils sont actifs, veulent jouir de l'existence tant que la petite lampe brillera. Il est extraordinaire de voir l'habileté avec laquelle ce type de malades se fait des *illusions*. Il attribue la température aux pressions barométriques ou au temps, il dit: C'est de l'influenza ou du catarrhe. Les sueurs tiennent à l'état hygrométrique de l'air, les sensations de faiblesse au vent. Il va finalement si loin qu'il considère ses sécrétions matinales comme physiologiques et la fièvre comme un procédé de guérison. » Ceux qui sont *calmes,* au contraire, qui manifestent une certaine indolence, se laissent aller à la paresse et apportent à la cure peu d'activité psychique, sont ceux qui ont plus de chance de guérir : « A l'opposé

des éréthiques se voient *les anxieux,* avec une lésion pulmonaire légère, ce sont les fanatiques de la mesure qui contrôlent sans cesse leur température et à chaque dixième de degré se plaignent à leur médecin... Un autre point intéressant est la versatilité extraordinaire de leur esprit, elle se constate dans tous leurs actes, leurs écrits, leurs pensées, les idées changent d'un jour à l'autre, les plans ne servent à rien. »

Les neurasthéniques se rencontrent en grand nombre dans la tuberculose, d'où l'épuisement rapide, le sentiment de l'affaiblissement intellectuel, on ne peut croire le nombre de choses entreprises par un tuberculeux sans que jamais il les conduise au but : Je vis par exemple près d'un malade six grammaires de langue différente ; à ma question s'il les avait toutes étudiées il répondit : Je les ai toutes commencées, mais elles me fatiguent toutes de trop. A la charge de cette neurasthénie on doit mettre la *timidité,* mais surtout l'*irritabilité extrême* et progressive puisqu'elle dépend de l'état corporel ; c'est le cas d'un malade qui avant chaque auscultation tombait dans un état nerveux, d'autres fondent en larmes à la moindre aggravation ou se croient perdus. Très souvent les malades se plaignent eux-mêmes de leur agitation continuelle, du besoin irrésistible de mouvements, d'occupation corporelle et intellectuelle, d'une vraie rage de travail et souvent ces signes se montrent avant que la tuberculose ne soit reconnue. Au point de vue viscéral, notons encore comme dépendant de la neurasthénie l'extraordinaire *sensibilité à la température* : tandis que chez les sthéniques des fièvres souvent élevées passent

inaperçues, les asthéniques réagissent déjà à 37°,6 (buccal) par de l'abattement, des frissons, des névralgies. La sensibilité peut être à ce point exquise que le malade trouve désagréable une oscillation qui n'a pas dépassé les limites normales de l'oscillation journalière. « Un malade m'indiqua qu'il se sentait malaise quand il avait le matin à 10 heures, au lieu de 36°,7, 36°,9 et que, par contre, il se trouvait bien quand la température de l'après-midi tombait de 37°,4 à 37°,3. » Bien des patients peuvent aussi indiquer sans thermomètre si oui ou non leur température monte. C'est encore à la neurasthénie que tiendrait la *sensation de fatigue* matutinale particulière aux tuberculeux. » Tels sont les principaux aperçus d'Engel. Les articles de Bonardi de Mircoli constatent de même ces modifications psychiques. « Chez les femmes, dit Bonardi, et spécialement chez les jeunes filles, avec les caractères de la beauté physique, j'ai rencontré avec une certaine fréquence une délicatesse et une finesse de sentiments, une sveltesse d'esprit, une sagacité et une promptitude d'intelligence absolument disproportionnée à leur état social, par contre le point moral, quand il n'est pas endormi, est indifférent, irritable, impulsif, je n'oserai dire complètement pervers. »

« Le trouble récent de l'état mental, dit de même Mircoli, peut constituer un signe précieux dans les cas de tuberculose initiale ou qui de latente devient active. C'est la sonnette d'alarme d'invasion du processus. C'est un fait d'observation populaire que les enfants à intelligence précoce ont la vie courte et meurent de méningite tuberculeuse. »

Féré a constaté aussi que « les candidats à la tuberculose ont une excitation intellectuelle et émotionnelle remarquable ».

Malibran revient à l'idée initiale d'Engel. « Je pense, dit-il, qu'il n'existe pas un état mental particulier aux tuberculeux, cet état varie avec chaque malade, et selon la période de la maladie. Je pense seulement qu'il y a un état mental particulier *à cette catégorie de malades*, non pas en tant que tuberculeux, mais *en tant que chroniques* plus ou moins souffrants, plus ou moins découragés. On observe des tuberculeux gais, insouciants, affables ou irritables, grincheux ou découragés. Un bon nombre de ces modalités sont provoquées par l'oisiveté cérébrale inhérente à la cure. On les observe autant chez les personnes qui accompagnent les malades, en sorte que l'on pourrait tout aussi bien décrire un état mental particulier aux habitants d'un sanatorium qu'un état mental propre aux phtisiques. »

Béraud dans sa thèse analyse l'âme du tuberculeux suivant qu'il est conscient ou ignore son état, et suivant les périodes de sa maladie, suivant son lieu de cure.

Le tuberculeux qui ne sait pas ne vient que contraint et forcé. « Optimiste, le tuberculeux le restera jusqu'à la fin, c'est lui qu'on rencontrera dans le Midi, dans les villes d'eau, promenant avec sa bronchite chronique son visage souffrant et résigné et son regard étincelant de fièvre, ce beau regard de poitrinaire agrandi d'un cercle mauve, chargé d'une langueur troublante et indéfinissable, où se lit la sérénité confiante de son âme, l'éternel, l'indestructible espoir de la guérison. Et ce mirage

consolant, pénible seulement pour l'entourage, le conduit insensiblement, doucement et sans secousses jusqu'au tombeau. »

Voici maintenant le tuberculeux qui se sait malade, il le sait, mais il l'oublie, s'il est neurasthénique, pessimiste il devinera son mal, sinon il oubliera ou restera indifférent. « De deux tuberculeux, l'un averti, l'autre ignorant, l'un se conduit comme s'il ne savait pas, l'autre ne sait pas. » C'est le plus souvent leur seule différence. Puis c'est le malade d'hôpital, le résigné, qui entend dire avec calme qu'il est bacillaire, comme on l'a dit de son voisin de lit, descendu à l'amphithéâtre huit jours avant. A côté, le tuberculeux de sanatorium, qui « s'écoute vivre » ou plutôt réapprend à vivre et pour lequel, selon le mot de Landouzy, le sanatorium « est une maison d'éducation ». Là se mélangent tous les types psychiques.

Daremberg, qui un des premiers avait insisté sur ces troubles psychiques du début de la tuberculose, leur consacre un nouveau chapitre dans son dernier ouvrage. Il montre que l'esprit du tuberculeux est essentiellement malléable, il n'est pas égoïste d'emblée, mais le devient peu à peu par le constant examen de soi-même qui l'amène à s'aimer plus que tout au monde, à admirer tout ce qu'il fait et à se croire invulnérable par la maladie, c'est le tuberculeux jeune, aimant, insouciant, qui oublie vite, sympathique à tous. C'est le tuberculeux âgé, à la fois un malade et un infirme, qui n'est plus bon que pour la solitude ; c'est enfin le tuberculeux qui se sent mourir et assiste lentement à l'écroulement de sa vie.

Parmi les travaux étrangers concernant l'étude des névroses chez les tuberculeux, nous citerons la thèse de Cornet sur les rapports de la tuberculose et de l'hystérie. « L'hystérie, dit-il, et les douleurs nerveuses sont aggravées d'une manière très notable sous l'influence de la tuberculose pulmonaire ou peuvent surgir si jusque-là elles étaient latentes. La neurasthénie doit en général, dans nombre de cas, son origine propre à la tuberculose pulmonaire chronique. » Les publications de Dettveiler, de Turban sur les rapports de l'hystérie avec la tuberculose, sur les troubles fonctionnels d'origine névrosique. En France, Pappillon reprend la question de la neurasthénie prétuberculeuse au Congrès de Naples de 1900. D'après lui, on trouve des neurasthéniques devenus ultérieurement tuberculeux, puis des tuberculeux devenus neurasthéniques. Chez des malades qui présentent quelques temps des stigmates nerveux, de l'amaigrissement, de la perte des forces, on peut au bout de quelques semaines constater des signes nets de tuberculose, le plus souvent pulmonaire, dans quelques cas péritonéale, articulaire ou méningée. Elle constitue *la réaction sympathique* à l'infection tuberculeuse, mais non contente de se manifester par des troubles de la vie de relation, elle peut encore engendrer des troubles viscéraux portant sur le tube digestif, l'appareil circulatoire ou l'arbre respiratoire. Il faut ajouter à cette série de travaux des communications de Macdonald sur le cas d'un bacillaire dont on lira plus loin l'observation, de Tombinson sur les rapports de la tuberculose et des psychoses au point de vue statistique, de Naumann, de Chelmonsky qui

passe en revue les diverses émotions et leur influence sur le cours de la tuberculose. Saxe publie en 1903 une bonne étude pathogénique de ses divers troubles nerveux et Romberg en discute les indications thérapeutiques.

Parallèlement à ces études cliniques paraissaient une série de travaux importants discutant la pathogénie des états psychiques. A la suite des travaux de Bouchard sur la nutrition et ses troubles, les neuro-pathologistes vont étudier le rôle des troubles de nutrition dans la genèse des maladies mentales. La thèse de Chardon-Fleuret sur le rôle des maladies infectieuses dans la genèse des maladies mentales. Celle de Faure discute exactement la part à réserver aux intoxications, à l'hérédité, à l'infection dans la genèse des troubles délirants. Puis ce sont les recherches de Régis et Chevalier-Lavaure sur les psychoses d'intoxication publiées au Congrès de La Rochelle et la thèse de Chardon-Fleuret. Dans ces derniers temps, les travaux de Dufour et Dide D'Anglade de Dupré ont contribué à fixer certains points du substratum anatomo-pathologique de ces troubles. Telle est à peu près l'histoire des écrits au sujet des psychonévroses chez les tuberculeux, nous allons étudier dans le chapitre suivant les faits qui les ont provoqués en y joignant quelques-uns des cas que nous avons pu observer nous-même.

ÉTUDE CLINIQUE

On a méconnu longtemps les relations entre les psychoses et les névroses, il y a lieu croyons-nous d'être moins rigoriste, de revenir à l'idée de Morel, qui considère les maladies mentales et les névroses « comme une série d'êtres résultant de parents communs et en état de se multiplier et de se propager ». Au premier échelon se trouve la neurasthénie. C'est aussi l'idée de Mölelius : pour lui la neurasthénie est le germe originel d'où dérivent par développement ultérieur l'hystérie, la mélancolie, l'hypochondrie, la manie, l'aliénation ; les troubles qui se manifestent chez les tuberculeux viennent à l'appui de cette assertion.

Si l'on considère par exemple les rapports entre la neurasthénie et la mélancolie dépressive, on voit qu'il n'existe en somme que des différences de degré : au début, névrose puis tristesse, puis cet élément psychique prend le dessus, c'est la mélancolie, mais les signes de névroses persistent encore avec leur même aspect, et s'ils semblent se modifier c'est qu'ils s'exagèrent sous l'influence du processus d'aggravation.

C'est ainsi que dans la lypémanie persistent la céphalée en casque des neurasthéniques et la plaque lombaire.

Mêmes relations psychiques : l'indécision, le découragement, la défiance, l'inquiétude sont les éléments primordiaux aussi bien de l'état mental neurasthénique que du lypémaniaque avec conscience. Mais tandis que le neurasthénique lutte et a encore une conscience assez libre pour lui permettre une multiplicité de conceptions tristes peut-être mais logiques et variées, le mélancolique n'a plus que des idées fixes : la mélancolie n'est en somme que la « cristallisation de la neurasthénie » (M. de Fleury). C'est une neurasthénie qui ne lutte plus et la difficulté consiste à établir où naît la mélancolie, où cesse la neurasthénie.

De même dans l'hystérie, l'état mental s'altère, mais les phénomènes sont synchrones, corrélatifs. Il faudrait même dire que la tare mentale est la condition de l'hystérie et non pas la conséquence. Il faut une tare psychique pour permettre cette impressionnabilité particulière, qui fait de l'hystérique l'esclave de sa suggestion, qui lui fait donner la vie à tous les fantômes que son imagination se représente, qui lui fait d'autre part disparaître par l'idée ce qu'une idée avait amené (Babinski).

Mais si psychose et névrose ne font qu'un, on peut même pousser plus loin la synthèse et établir des relations entre les diverses psychoses, entre la psychose neurasthénique et la psychose hystérique. On a dit longtemps la neurasthénie est l'hystérie mâle. Dubois discute excellemment cette proposition : « C'est faux, dit-il, si l'on entend par là que l'hystérie n'existe pas chez l'homme, mais il y a quelque chose de vrai dans cette proposition. Le nervosisme prend chez l'homme adulte la

forme de la neurasthénie en vertu même de la mentalité masculine. En effet, les facultés logiques sont plus dévepées chez l'homme, il accepte moins facilement les suggestions quelque peu absurdes, il est moins démonstratif dans l'expression de ses malaises, mais il les analyse davantage. Par contre, il n'a pas autant que la femme l'habitude de la souffrance résignée, il se décourage plus facilement comme le montre la plus grande fréquence du suicide chez l'homme, c'est la tristesse, le découragement, l'impuissance qui dominent chez lui et ce sont là les caractéristiques de la neurasthénie. La femme, au contraire, a la mentalité plus enfantine, elle montre souvent plus de vaillance en face de la douleur physique et morale. Par contre elle sent vivement, elle a plus d'imagination et subit plus facilement le joug de ses représentations mentales ». En effet, Sydenham avait démontré l'existence de l'hystérie masculine, et Charcot avait constaté la fréquence de l'association des deux névroses ; il avait l'habitude de désigner cette combinaison sous un seul vocable, celui d'hystéro-neurasthénie. Enfin la dépression mentale a été constatée par Bodenstein comme caractère dominant dans 122 cas d'hystérie mâle.

De cette étude des rapports des psychoses avec les névroses et des névroses entre elles, résulte que l'on peut englober ces divers états sous l'étiquette unique de psychonévroses, et que toute intoxication ou infection agissant sur l'état mental pourra indifféremment donner, suivant la réceptivité propre du système nerveux, des symptômes d'apparence myélasthénique ou psychasténique. Cette courte discussion préliminaire excusera le

titre de notre travail, et l'étude de nos observations nous permettra de le vérifier.

*
* *

Le premier groupe de nos observations se rapporte aux phénomènes nerveux prémonitoires de l'évolution de la tuberculose aiguë ou chronique.

Le second comprend les manifestations nerveuses secondaires à l'évolution de la tuberculose dans l'organisme. Ici trois cas peuvent se présenter : ou bien la tuberculose était latente jusque-là et la réaction nerveuse est le signal d'alarme du début de la réitération infectante, ou bien à l'opposé les troubles s'atténuent peu à peu à mesure que le processus s'éteint, enfin dans un troisième ordre de faits il y a simple coïncidence sans que l'on puisse préciser exactement si les phénomènes nerveux ont une valeur sémiologique sur l'évolution du processus tuberculeux.

§ 1. — *Troubles nerveux prémonitoires de l'évolution de la tuberculose.*

Observation I (résumée).

Daremberg. — *Archives de Médecine*, 1883.

Troubles psychiques progressifs depuis trois ans. Glycosurie. Tuberculose pulmonaire à évolution rapide.

M. L... Depuis 3 ans est inquiet, morose, taciturne; son esprit

autrefois alerte et brillant était paresseux et fatigué au moindre effort. La préparation de ses cours était une corvée pénible. Son élocution devenait difficile. Ses collègues, ses amis, ses familiers s'apercevaient aussi de ses impatiences souvent injustes. Il fuyait le monde qui autrefois était un des grands charmes de sa vie. Cependant sa santé générale était excellente quand, à la fin de 1876, un de ses enfants meurt de tétanos. Cette cruelle épreuve fit déborder la coupe. M. L... devint de plus en plus taciturne, insouciant de ce qu'il aimait autrefois; on craignit même pour sa raison. Au commencement de 1877 il se met à tousser et on constate une caverne au sommet gauche, il est glycosurique. Puis le délire survient, il meurt en 3 mois dans le coma.

Observation II (résumée).

Daremberg. — *L. citato.*

Troubles psychiques datant de 4 ans prémonitoires d'une pleurésie tuberculeuse.

Ant. hér. — Mère et deux tantes mortes jeunes d'affection pulmonaire. Père scrofuleux rachitique.

Ant. pers. — Rien. Autrefois il sortait beaucoup, avait une bonne hygiène. Grand chasseur. Or, depuis 4 ans, il ne sortait plus guère de son étude et de sa maison; il voulait avoir auprès de lui les êtres qui lui étaient chers. Il devenait nonchalant, craintif et aimant à être traité en véritable petit enfant. Le travail prolongé lui était pénible. En même temps lui qui était la douceur même devenait inquiet, impatient, emporté.

Sur ces entrefaites évolution d'une ostéite costale puis abcès pleural avec fistule permanente qui dure pendant un an environ.

Après un traitement rationnel, dilatation des fistules, lavage à l'eau d'eucalyptus, cessation presque complète de la suppuration Le malade redevient gai, actif, doux et patient.

Quelques mois après névralgies occipito-frontales, vive et continue somnolence. Évolution d'une méningite tuberculeuse.

Observation III.

Crocq. — *Gazette hebdomadaire*, 1894 (Obs. XI).

Hérédité. Troubles psychiques prémonitoires de tuberculose pulmonaire.

Ant. hér. — Frère tuberculeux. Père mort d'accidents cérébraux.

Femme de 38 ans, d'une belle constitution, mais malheureuse en ménage. La malade après une grossesse fut prise de *tristesse, de mélancolie, puis de manie.*

Bientôt survint de la toux, puis des hémoptysies, puis l'évolution de la tuberculose, le calme intellectuel était revenu.

Observation IV.

Dufour et Rabaud. — *Société anatomique*, 1899 (Obs. I).

Mélancolie. Broncho-pneumonie tuberculeuse.

R. C... 31 ans. Gros ennuis. Elle est abandonnée par ses enfants et son mari. Elle manifeste depuis une tristesse très grande sans autres signes.

Puis *mélancolie,* elle interprète tout comme signes de sa mort prochaine, est anxieuse, par intervalles, puis stupeur, mutisme. Dans les dernières semaines de la vie, agitation. Au point de vue état général, on note l'amaigrissement et l'albuminurie, la diarrhée.

Elle n'*a jamais ni toussé, ni craché sauf 15 jours* avant sa mort. Enfin elle n'a présenté de la dyspnée que les deux derniers jours de son existence.

L'auscultation pratiquée souvent avec le plus grand soin n'a jamais permis de déceler la présence de râles si ce n'est le 14 mars, jours de la mort.

La température normale au début est montée à 39° et 40°.

Autopsie. — *Pas de lésions cérébrales.* Foie gras. Néphrite épithéliale. Poumons : adhérences pleurales peu épaisses, caverne au sommet. Broncho-pneumonie caséeuse diffuse.

Observation V.

Dufour et Rabaud. — *Ibidem* (Obs. III).

Hérédité nerveuse, tristesse, hallucinations prémonitoires d'une tuberculose pulmonaire.

J..., 26 ans.

Ant. hér. — Mère sujette à des crises de nerfs.

Ant. pers. — Depuis 3 ans, migraines céphalées fréquentes; tousse tous les hivers.

En janvier dernier, elle est devenue *triste, puis taciturne*, puis elle entend des voix qui lui commandent de mourir ; elle a attenté à ses jours.

S. phys. — Au sommet droit submatité, craquements dans les respirations fortes, ni fièvre, ni toux, ni expectoration.

Observation VI.

Macdonald. — *British medical Journal*, 1886.

Hypocondrie prémonitoire de tuberculose pulmonaire, cessation après une poussée congestive avec hémoptysie. — Réapparition précédant une nouvelle évolution terminale.

L. S..., 35 ans, plâtrier, célibataire.

De ses 6 frères, 2 sont morts dans l'enfance, 1 de maladie de cœur.

De ses 5 sœurs 1 est morte à 20 ans de maladie de cœur?

Il vient à l'asile pour *tristesse et hypocondrie.*

Pendant plusieurs mois pas d'amélioration.

Par moments, crises d'excitation maniaque.

Survient une poussée congestive violente accompagnée d'hémoptysie avec fièvre.

Le 18 mars plus d'hémoptysie depuis 2 semaines et quoique très faible, il est plus raisonnable. Pendant qu'il s'améliorait physiquement, il s'améliorait aussi moralement. Sa famille le réclamant, on le laisse sortir.

Il rentre au bout de 11 mois. Son état mental est troublé, il est triste, désillusionné, irrationnel, apathique et souffre d'une toux sévère et d'expectoration profuse.

Rien en 1883.

En 1884. — Tuberculose nette progressive.

Octobre 1884. — Abcès froid costal (3/4 de litre de pus), s'ouvre spontanément; communication avec la poitrine, fistule. Après cet accident il semble soulagé.

Puis tout s'aggrave, prend l'aspect gangreneux.

Œdème des membres inférieurs. Mort.

Observation VII.

Biautey, *Thèse,* Paris, 1879 (Obs. IX).

Mélancolie, mort par tuberculose pulmonaire.

P..., homme de lettres, 30 ans.

Entre pour névropathie générale. En *novembre,* mélancolie, idées fixes, refuse de manger.

Février. — Lypémanie.

En *mars,* éclate une tuberculose pulmonaire fébrile. Mort le 21 avril.

Observation VIII.

Id. — *Ibidem* (Obs. XII.)

Mélancolie, puis délire prémonitoire de tuberculose subaiguë.

Mlle D..., 16 ans et demi.

Août 1862. — Mélancolie et hypochondrie.

Au début de 1863, phénomènes plus aigus ; délire. Elle croit à la présence de démons dans la poitrine; pleure sans cesse. Une tuberculose pulmonaire se déclare. — Mort le 8 décembre 1864.

Observation IX.

Id. — *Ibidem* (Obs. XV).

Mélancolie, puis délire prémonitoire de la tuberculose aiguë.

Mlle B..., 48 ans.

Elle entre le 5 décembre 1865 pour mélancolie-lypémanie ; ces phénomènes s'aggravent tout à coup.

En *février* 1866, délire mélancolique très actif, cesse de manger. La mort survient par tuberculose pulmonaire aiguë, 15 mars 1866.

Observation X.

Daremberg. — *Formes sociales de la tuberculose* (Obs. I).

Troubles psychiques d'allure pseudo-méningitique précédant une tuberculose pulmonaire.

Un jeune homme faisait d'excellentes études, il devient inattentif, paresseux, malgré sa volonté de ne pas l'être : on le retire du col-

lège. Il a une attaque d'épilepsie, on le croit épileptique. Mais huit mois après surviennent des maux de tête continus, des bourdonnements d'oreilles incessants, des vomissements incoercibles. On croit à l'existence d'une méningite, puis tout à coup la tuberculose pulmonaire se déclare. La diminution brusque des facultés intellectuelles avait déjà indiqué le début de la tuberculose cérébrale.

Observation XI.

Daremberg. — *Loco citato* (Obs. IV).

Mme A... a perdu deux oncles d'affection pulmonaire lente.

Accouchement normal en 1872, se remet bien.

L'année suivante sa famille observe chez elle un *changement notable de caractère*, paresse intellectuelle, insouciance générale aux plaisirs du monde et aux joies de la famille.

En 1881. — Elle est prise de diarrhée continuelle, d'amaigrissement.

Puis on trouve des signes de *congestion du sommet droit.*

A l'examen. — On note : Jeune femme frêle et maigre au teint blanc jaunâtre, mais à l'aspect encore alerte. En l'interrogeant, je suis frappé de l'indifférence avec laquelle elle me répond, de l'ignorance qu'elle a des symptômes qu'elle éprouve. C'est son père et son mari qui doivent me renseigner sur le début de sa maladie. Signes de congestion du sommet droit. Inappétence absolue. Fièvre, faiblesse. L'état général s'aggravait de plus en plus, malgré cela la malade restait de plus en plus *insouciante* de son état, elle disait toujours qu'elle allait bien et sans sa famille il eût été impossible d'obtenir des renseignements précis sur la marche de la maladie.

En avril. — Évolution d'une méningite tuberculeuse.

Observation XII.

Morel. — *Traité des maladies mentales* (p. 163).

Rapports entre la tuberculose et les délires. — Mélancolie précédant une tuberculose rapide qui se termine par des accidents méningés.

Femme âgée de 32 à 33 ans. 8 enfants, épuisement par accouchements et fausses couches rapprochées.

Préoccupation d'avenir. Tristesse. Insomnie. Mélancolie. Prostration des forces intellectuelles.

S. locaux. — Toux sèche sans expectoration.

S. physiques. — Matité, rudesse dans le souffle bronchique.

Le repos, l'hygiène ramènent la santé et la gaieté ; la toux, les sueurs disparaissent.

9 mois après. — Caverne au sommet droit et au lieu de la mélancolie un délire furieux sans prédominance de délire spécial.

« Elle vécut trois mois encore avec quelque rémission, mais après chaque hémoptysie, il y en eut de fréquentes, le délire général avec agitation incessante était le spectacle que nous avions sous les yeux. »

A l'autopsie. — Légère hyperémie des méninges.

Observation XIII.

Dubois. — *Psychonévroses et traitement moral.*

Psychonévroses, vomissements, troubles prémonitoires d'une tuberculose aiguë.

Mlle X... Depuis 3 ans souffre de vomissements incoercibles, elle a maigri de 15 kilogrammes en 4 ans.

Cet état est survenu à la suite de circonstances morales diverses.

A partir du jour où elle vient au Kurort, elle n'a plus un seul vomissement.

Malheureusement une phtisie galopante se déclara.

« Si la malade m'avait prié de renoncer à la suralimentation qu'elle s'imposait, j'aurais cédé à son désir, mais elle était lancée et persista dans la direction donnée. »

La malade se mourant de phtisie galopante augmentait de 500 grammes par semaine et mourut d'un pneumo-thorax.

Observation XIV.

Brousse in Grasset, 1884.

Hystérie ancienne, aggravation prémonitoire d'une tuberculose à marche rapide.

Virginie M..., 47 ans.

Ant. hér. — Mère nerveuse.

Début de l'hystérie à 17 ans, dysménorrhée, céphalie, crampes d'estomac.

A 25 ans, les phénomènes s'accentuent : céphalie en clou très intense et très tenace, sensation de boule. Plaques d'anesthésie douloureuse sur le côté droit du thorax. Les traitements antispasmodiques sont sans effet. Toux sèche rebelle.

En septembre et novembre. — Matité au sommet droit en avant et en arrière, respiration rude, expiration prolongée.

Décembre. — Craquements humides sous la clavicule droite.

Janvier. — Signes de caverne au même endroit. Expectoration purulente. Muguet buccal.

Mort le 10 janvier.

Observation XV (Personnelle).

Hérédité. — Hystérie, forme syncopale. Agitation. Tuberculose pulmonaire.

Mme S... vient dans le Midi convalescente d'une bronchite datant de deux mois depuis lesquels elle continue de maigrir.

Ant. hér. — Une sœur morte bacillaire.

Ant. pers. — Bronchite il y a deux mois.

Série de bronchites dans l'enfance.

Mariée jeune elle a 7 enfants et 4 en 4 ans.

On note de l'amaigrissement.

Des sueurs nocturnes, une sensation de faiblesse extrême. Les signes physiques sont les suivants :

A l'appareil respiratoire lésions du sommet droit.

En avant, dépression des espaces et amyotrophie. Matité avec sensation de résistance au doigt.

L'inspiration est rude. L'expiration assourdie.

Retentissement de la toux et de la voix.

En arrière. A la percussion matité du sommet. Submatité en bande descendant le long du rachis vers le hile. L'inspiration est faible.

L'expiration granuleuse prolongée. On perçoit des frottements pleuraux.

Au cœur. — Retentissement du 2e bruit pulmonaire.

L'état nerveux est extrême. La malade ne dort la nuit que quelques heures, par contre dort à chaque instant le jour.

Elle a eu des syncopes avant son arrivée, restant inanimée, absente pendant plusieurs heures, se réveille rapidement et peut partir vaillante sitôt après. Chez elle une tendance à l'agitation est manifeste. Il est impossible d'obtenir de sa part une vie calme. Elle sort le soir et fait le jour de longues promenades. Son plaisir principal est de s'exposer au vent qui la stimule et lui donne des sensations

de forces. C'est une femme d'une haute activité intellectuelle, lisant beaucoup, parlant 5 langues, s'occupant elle-même de l'éducation de tous ses enfants.

Observation XVI.

Chataing. — *Thèse de Paris*, 1880.

Paralysie hystérique précédant une pleurésie. — Sommeil cataleptique précédant une poussée congestive.

Lecomte. Pneumonie droite en 1873, puis pelvipéritonite. Troubles nerveux apparaissent.

En *juin*. — Paralysie du membre supérieur gauche.

En *août* 1874. — Pleurésie gauche avec épanchement, paraplégie, névralgies, boules, étouffements. Anesthésie des muqueuses oculaires et pharyngées. Sommeil cataleptique en mars, puis congestion pulmonaire avec température. Se porte bien pendant 4 ans et revient avec aphonie et douleurs de gorge.

Transpiration abondante. Rudesse respiratoire dans les sommets.

Observation XVII.

Gibotteau. — *Thèse de Paris*, 1894.

Hérédité. — Hystérie, crises convulsives, arthralgies, vomissements, troubles anciens s'exagérant à l'approche d'une poussée congestive avec hémoptysie.

X..., 40 ans.

Ant. hér. — Mère morte de tuberculose pulmonaire.

Ant. pers. — A 14 ans a présenté des *symptômes nerveux, vomissements*, douleurs dans le ventre, battements de cœur. Réglée à 18 ans, règles irrégulières. Il y a 4 ans, *attaques* consistant en

perte subite de connaissance durant une demi-heure avec secousses dans les membres précédées d'une douleur vive dans le genou.

Depuis trois mois elle tousse et crache le sang peu abondamment tous les jours. Soignée pendant deux mois à l'Hôtel-Dieu.

En convalescence au Vésinet, elle éprouve des crises douloureuses précédées de sueurs froides. La douleur part de l'épigastre, s'irradie dans la poitrine, le dos, les membres s'accompagnant d'angoisse, de constriction thoracique. La crise dure une demi-heure environ est suivie de vomissements et de *douleurs dans les articulations.*

État actuel. — Le malade rentre à l'hôpital Laënnec pour de nouvelles hémoptysies. Bronchite disséminée dans le poumon droit, signes plus marqués au sommet où le murmure vésiculaire est diminué et la respiration rude. Douleurs le long du phrénique. Diminution de la sensibilité dans tout le côté droit du corps et de l'œil droit. Bacilles dans les crachats.

Observation XVIII.

Gibotteau. — *Thèse*, Obs. VIII.

Hérédité. — Hystérie prétuberculeuse, vomissements. — L'hystérie disparaît, la tuberculose a une marche progressive.

Mme X..., 27 ans.

Ant. hér. — Un frère mort de tuberculose pulmonaire.

Crises d'hystérie depuis l'âge de 16 ans, crises convulsives, vomissements.

Mariée à 20 ans, hémoptysie.

Diagnostic. — Tuberculose au début.

Il y a trois ans signes d'infiltration du sommet droit. Au sommet gauche et en arrière, la respiration est soufflante.

Mme X... a des crises convulsives d'hystérie apparaissant, se répétant même avec une extrême fréquence.

Malgré les vomissements continuels, l'état général s'améliore, la malade engraisse.

La toux a presque disparu, il n'y a ni hémoptysie ni expectoration, les signes phtisiques ont diminué, on perçoit difficilement quelques râles dans la fosse sus-épineuse droite.

L'hystérie est traitée, les crises cèdent à nouveau, la tuberculose pulmonaire, qui avait semblé s'arrêter pendant deux ans, depuis un an fait des progrès rapides.

Des râles humides s'entendent aujourd'hui dans les deux poumons. Une terminaison fatale semble proche.

Observation XIX.

Bouchard. — *Mouvement médical*, 1873.

Tuberculose à évolution lente. — Cette hystérie antérieure provoque des vomissements nerveux.

X..., 23 ans, couturière.

Brune, pâle, amaigrie, affaiblie.

Il y a 3 semaines elle a été prise, sans causes apparentes, d'une hémoptysie abondante. Depuis cette époque, elle tousse beaucoup, crache abondamment, elle a un point de côté gauche, de la fièvre surtout le soir, de la courbature, des sueurs nocturnes, de l'anorexie et de la constipation. Elle n'a pas eu de vomissements.

La percussion et l'auscultation confirment notre diagnostic, c'est une phtisie peu avancée mais ancienne. Nous trouvons, en effet, comme signes physiques : de la submatité dans les deux sommets en arrière avec quelques craquements de la respiration soufflante avec expiration prolongée et bronchophomie dans la fosse sus-épineuse gauche et enfin de la submatité et quelques craquements sous les deux clavicules.

Au cœur nous ne trouvons rien, qu'un souffle anémique facile à constater aussi dans les gros vaisseaux.

Huit jours après son entrée surviennent des vomissements.

Nous avons interrogé, d'autre part, cette malade avec soin et à plusieurs reprises pour rechercher l'hystérie ; elle niait absolument toute crise nerveuse, elle prétendait n'avoir jamais éprouvé aucune sensation analogue à celle de la boule hystérique et de la constriction de la gorge et cependant nous avons maintenu notre diagnostic. Elle se défendait avec énergie contre tous nos soupçons. *Enfin, en la pressant, nous arrivions à savoir qu'elle a eu, il y a quelques années, deux syncopes sans mouvements convulsifs : c'était sans doute la forme syncopale de l'accès hystérique.*

En tout cas, ce que nous pouvions constater c'était une très grande instabilité nerveuse, une grande mobilité de caractère, des palpitations fréquentes et quelquefois des vertiges.

A partir de son entrée la phtisie suivit une marche lente mais graduelle et progressive. Les vomissements étaient déjà anciens et dès le début ils avaient eu le caractère de vomissements nerveux. Lorsque nous avons vu la malade, l'hystérie était moins certaine, du moins fort probable.

J'affirmais les vomissements hystériques et prescrivis, sans succès du reste, l'eau de Vichy, la teinture de noix vomique, puis les infusions de coca ; ces vomissements continuent.

Le 2 février 1873, elle est prise de sa première crise d'hystérie, elle vomit, pousse des plaintes, des gémissements, est prise de contorsions auxquelles succède une perte incomplète de connaissance qui dure une heure à peu près. Le lendemain, deuxième attaque, six jours plus tard troisième attaque de même nature que la première.

La malade sort de l'hôpital et y revient trois semaines après...

Les vomissements persistent, les crises hystériques se sont reproduites, les douleurs utérines sont plus intenses, l'ovaire du côté gauche est un peu douloureux, la pression produit simplement un état d'agacement avec accélération. Tous les traitements que nous lui prescrivions restaient infructueux. Lorsque nous fîmes une nouvelle tentative thérapeutique, nous prescrivîmes de l'iodure de potassium et presque aussitôt les vomissements dispa-

rurent. Pendant toute cette période de vomissements la malade avait conservé son embonpoint et cependant elle vomissait tout ce qu'elle prenait.

De l'analyse de ces observations se dégage une série de conclusions, tout d'abord la fréquence de la *mélancolie :* sur onze malades, cinq étaient mélancoliques et quatre étaient plongés dans la *tristesse* (Obs. III, IV, V, VI). La malade de l'observation VIII présentait de la mélancolie à 16 ans et demi, or l'on sait combien sont rares les délires tristes de la jeunesse. Les autres manifestent d'ailleurs des *tendances de caractère dépressif*. Le malade de l'observation I est misanthrope, il fuit le monde ; dans l'observation II il ne veut plus sortir de chez lui ; dans l'observation V il est taciturne, ou bien ce sont *des sensations de fatigue* donnant l'apparence de la neurasthénie (Obs. I, X, XI) — ou bien c'est la *paresse* (Obs. I, II, X, XI) qui coexiste souvent avec le phénomène précédent et qui en dérive — ou bien c'est *l'insouciance* (Obs. XI). *Les phénomènes sthéniques* sont plus rares. La malade de l'observation V a seule eu des hallucinations auditives, une seule observation VIII mentionne le délire.

Notons d'autre part *l'intervalle* considérable qui se place entre le début des troubles nerveux et les premières constatations de tuberculose, le n° 1 a présenté des troubles psychiques pendant 3 ans et l'émotion cruelle de la mort de son fils s'est bornée à les exagérer sans attirer l'attention du côté de ses poumons, le n° 2 changeait de caractère depuis 4 ans. — Le malade de Macdonald était hypochondriaque depuis plusieurs mois, il a fallu une hémoptysie pour que l'on devinât l'origine des troubles, la

jeune malade de Biautey a déliré pendant 6 mois, celui de Daremberg (Obs. X) pendant 8 mois, celui de l'observation XXI pendant 1 an.

Une question se pose encore, l'apparition de la localisation tuberculeuse sur un parenchyme modifie-t-elle le trouble psychique prémonitoire ? nos observations montrent que ce fait a des actions variables. Tantôt le trouble intellectuel s'amende (Obs. XXII, VI, notons chez ce dernier l'hémoptysie) — tantôt le plus souvent il n'est pas modifié, tantôt enfin il s'exagère. Les malades des observations I, IX, XII sont pris de délire souvent persistant, ces cas seraient légion si nous voulions étudier la méningite tuberculeuse à forme délirante mais ce serait sortir du programme que nous nous sommes tracé.

*
* *

Sur nos sept observations d'hystérie nous notons 4 fois les phénomènes d'hystérie viscérale (Obs. XIII, XVII, XVIII, XIX), tous ces cas sont des faits d'hystérie gastrique, crampes d'estomac, vomissements (Obs. XVII, XVIII, XIX), anorexie (Obs. XIII), les autres cas comportent des manifestations paralytiques, le n° XVI a eu une paraplégie, le XVI arthralgies, des troubles de sensibilité : n° XIII se plaint de céphalie en clou, d'anesthésie douloureuse sur le côté droit du thorax ou bien ce sont des crises syncopales, notre cas avait présenté ces troubles de même celui de Bouchard. L'hystérie convulsive existait dans les observations XVI et XVII.

Les faits d'évolution sont ici très différents mais tou-

jours l'apparition de la localisation tuberculeuse a une grosse influence. Dans l'observation XIII le malade est guéri de son anorexie quand sa tuberculose apparaît, dans l'observation XIV il ne présente plus de manifestation depuis son entrée à l'hôpital, dans l'observation XVI de même, chez notre malade l'angoisse avait disparu, mais l'agitation mentale persistait, c'était peut-être exagéré, si bien même que nous ne pûmes l'empêcher de nous quitter trop tôt. Chez le malade de l'observation XVIII les crises convulsives disparurent pour un temps.

§ 2. — *Troubles nerveux consécutifs.*

1° *Tuberculose latente ou torpide. Les troubles nerveux sont prémonitoires de la reviviscence du processus tuberculeux.*

Observation XX (Personnelle).

Neurasthénie. — Insomnie. — Migraine. — Troubles psychiques prémonitoires de tuberculose, disparaissant avec sa rétrocession puis se manifestant de nouveau comme avant-coureurs d'une poussée nouvelle avec hémoptysie.

M. N..., 35 ans. — Occupant une situation administrative importante, très surmené, est atteint d'une poussée congestive fébrile dans un sommet. On note aisément au milieu de l'évolution de cette tuberculose des troubles nerveux extrêmes, migraines fréquentes, impossibilité de dormir autrement qu'avec du chloral ou un autre hypnotique et encore peu de temps. Contrastant avec ces

signes d'excitation des phénomènes dépressifs, apathie absolue, ce jeune homme habitué à la vie active ne songe absolument plus à son affaire, pas même à son entourage auquel d'ordinaire il prodigue son affection. L'amélioration survenant après un séjour dans le Midi le malade retrouve son état d'âme habituel, il peut reprendre ses occupations. — Quelques mois après il recommence à maigrir et il considère ses occupations avec moins d'intérêt, de nouveau commet des imprudences, fatigues de toute sorte, éparpille son activité sur mille choses ordinaires jusqu'à ce qu'un soir il ait une hémoptysie avec fièvre qui le replonge dans l'évolution d'une tuberculose pulmonaire ulcéreuse. Après deux ans de soins dans le Midi, le malade semble définitivement guéri. Ses migraines sont rares et il retourne à son bureau sans fatigue, son caractère est redevenu normal.

Observation XXI (Personnelle).

Neurasthénie prémonitoire d'une tuberculose pleuro-pulmonaire, 2 crises de lypémanie précédant des poussées congestives.

N. K..., 22 ans.

Tuberculose pleurale, tuberculose pulmonaire à poussées congestives avec tachycardie continue et cœur gros, hypertension.

Le malade est entré dans la tuberculose par une neurasthénie sombre, tristesse, dépression mentale faisant opposition avec une excitation génitale continue. Actuellement a repris son activité intellectuelle, s'intéresse à ce qui se passe autour de lui, à la mécanique, poursuit son instruction.

Il fait en 1901 deux poussées congestives avec température ; ces deux poussées ont été précédées de troubles nerveux. Ce malade se plaint de céphalée continue, devient triste, s'isole, ne veut plus voir personne, ne dort plus. Par moments il a des crises de photophobie et fait fermer toutes ses fenêtres, ou bien sans motif entre en colère. Pendant ses poussées congestives il s'est de nou-

veau très bien laissé soigner et les phénomènes nerveux ont disparu.

En 1905 les mêmes phénomènes précédent une germination nouvelle caractérisée par de la rudesse du murmure et du souffle au sommet droit, depuis sa crise aiguë le malade reste méfiant, superstitieux et craintif, il vit dans l'indécision perpétuelle.

Il s'est remis de ses accidents et a engraissé depuis de 3 kilogrammes.

Observation XXII (Résumée).

Daremberg. — *L. cit.* (Obs. 2).

Pleurésie tuberculeuse ancienne. — Troubles psychiques. — Tuberculose pulmonaire.

M. B..., 37 ans. Pleurésie double, guérit en 3 mois. Il ne restait plus à M. B... qu'une *extrême irritabilité* de caractère et une *paresse* telle que son associé fut obligé de prévenir sa famille qu'il lui était impossible de continuer à diriger de concert avec lui une très lourde maison de commerce. Du reste M. B... n'insista pas et se retira enchanté de ne plus avoir à travailler alors qu'autrefois il était un travailleur infatigable. Puis il devint joueur et joueur désagréable. Il était insupportable dans sa famille, *maussade, exigeant, fantasque*. On ne savait à quoi attribuer ce changement de caractère si soudain et si violent, quand en 1878, M. B... est pris de bronchite droite qui se localise finalement au sommet droit.

Mort en 1881 par méningite cérébro-spinale.

Observation XXIII

M. Serrigny, *Thèse*. 1898.

Adénite tuberculeuse ancienne. — Troubles psychiques précédant l'évolution d'une tuberculose pulmonaire ultérieure.

X..., 49 ans, passementière.

Antécédents héréditaires. — Hérédité mentale collatérale.

Antécédents personnels. — Adénite cervicale gauche abcédée.

Reçut un coup de soleil, vertiges, perte de connaissance. Il s'ensuit un état délirant pendant un mois. Changement de caractère. Trois crises de nerfs en un an.

Puis *mélancolie, aboulie, accès d'agitation* coïncidant avec l'époque des règles. En septembre (3 mois après) état cataleptique sans contractures.

Depuis elle ne se nourrit pas, il faut l'alimenter de force, quelques jours plus tard accès d'agitation suivis de contractures presque généralisées.

Depuis cette époque, l'amaigrissement s'accentue. Signes de tuberculose au sommet gauche. Expectoration.

Submatité de percussion, résistance au doigt.

L'examen bactériologique. — Bacille de Koch.

Mort en novembre après évolution de sa tuberculose pulmonaire.

Observation XXIV.

Chartier. — *Thèse de Paris,* 1899 (obs. XVI).

Tuberculose cutanée ancienne. — Apparition de troubles psychiques. — Évolution consécutive d'une tuberculose à marche rapide.

E. Henriette.

3 *août.* — Lupus qui dure depuis 12 ans.

Début des troubles psychiques il y a 4 mois. Tristesse puis remords religieux, scrupules, ne reconnaît plus son mari. Traitement : sérum artificiel. — L'état général s'améliore sans que le poids augmente.

Après 5 mois tuberculose à marche rapide. Mort.

Observation XXV.

Bernheim. — *Indépendance Médicale.* 1899.

Lypémanie prémonitoire de tuberculose aiguë.

M. A..., 25 ans.

Vivait avec sa sœur atteinte de tuberculose pulmonaire. Mariée. Un an après, fistule tuberculeuse de l'anus, grossesse normale. 15 jours après l'accouchement elle ne veut plus soigner son enfant. Fuit son mari, tente de se pendre. Au bout de quelques semaines d'isolement la malade s'améliore mais la tuberculose apparaît avec température. La mort survient en 3 semaines.

Remarques. — 3 autres observations avec délires et idées de persécution.

Observation XXVI (Personnelle).

Phénomènes hystériformes prémonitoires de poussées de pseudo-asthme tuberculeux chez un tuberculeux arthritique.

M. A..., 32 ans, arthritique bacillaire, comme signes de bacillose on note de l'asymétrie thoracique, dépression droite et diminution d'ampliation de ce même côté.

Submatité, la respiration est rude, l'expiration est prolongée au sommet. *En avant* mêmes signes, à droite inspiration humée, expiration prolongée et granuleuse, retentissement de la toux et de la voix. A gauche obscurité respiratoire, expiration prolongée.

Tachycardie. — Tous les deux ou trois mois surviennent des crises de dyspnée asthmatiforme. Amaigrissement très considérable, diminution des forces, comme troubles nerveux on note des troubles psychiques peut-être consécutifs à de très graves ennuis de famille, mais avant l'apparition de ces crises dyspnéiqnes, de l'agitation, une hyperesthésie généralisée qui font que le malade

ne peut supporter qu'on le percute, des désirs génitaux impérieux, un besoin de mouvements qui le porterait à faire des imprudences.

Le malade ne présente pas d'ailleurs de stigmates hystériques, puis survient une crise de pseudo-asthme.

Sa crise passée, après une journée où il est abattu et fatigué il peut revivre la vie normale, ne présente aucun trouble, se soigne régulièrement. Actuellement après 6 mois de repos il fait un métier fatigant.

Observation XXVII.

Iconographie de la Salpêtrière, tome I.

Hérédité. — Tuberculose ancienne. — Hystérie prémonitoire d'une poussée de tuberculose aiguë.

L. T..., fleuriste, 18 ans.

Ant. hér. — Père mort tuberculeux et alcoolique. Mère, bronchites. Grand'mère, morte tuberculeuse.

Ant. pers. — Bronchite, accidents scrofuleux.

La maladie. — 1re attaque d'hystérie en 1871.

En 1876. — Chlorose, diminution des forces, diarrhée.

En mai. — Amaigrissement, signes de tuberculose.

Mort en juillet de consomption tuberculeuse.

Avant la tuberculose on notait de l'hyperesthésie ovarienne de l'hémianesthésie droite. Ces troubles en juin avaient disparu.

Autopsie. — Centres nerveux indemnes.

Observation XXVIII.

Largaud. *Thèse* de Montpellier.

Hystérie convulsive. — Évolution alternante avec une tuberculose qui finalement progressive prend le pas sur les phénomènes.

S..., 20 ans. Scrofuleux dès l'enfance.

A son premier séjour à l'hôpital elle a une toux rebelle et des crises hystériformes. Crises complètes ou ébauchées à marche irrégulière. Quatre ans après elle revient : elle dit que les crises ont diminué depuis que la toux et une diarrhée opiniâtre sont apparues.

État général. — Nerveuse, amaigrie, pâle. La menstruation est supprimée, on perçoit des craquements aux deux sommets. Sueurs nocturnes, toux continuelles.

Diarrhée abondante, séreuse, non fétide, non sanglante.

Pas de crises mais des bizarreries du caractère. La tuberculose progresse avec rapidité.

Trois mois après. Grande crise hystérique, puis 8 à 10 d'intensité décroissante. La tuberculose s'amende de jour en jour.

Le 1er *septembre* la malade a engraissé, l'auscultation pulmonaire est beaucoup meilleure.

Le 1er *mars* elle quitte l'hôpital. Elle revient à la fin de l'année suivante, l'hystérie a cessé et la diarrhée a fait place à une cachexie progressive.

2° *Tuberculose en voie de guérison ; persistance de troubles psychiques secondaires, puis disparition progressive de ces troubles avec l'amélioration de la maladie.*

Observation XXIX.

Bernheim. — *Loco citato* (Obs. I).

Hérédité tuberculeuse, troubles psychiques; tuberculose à rétrocession parallèle.

Alice D..., 20 ans, modiste.

Ant. hér. — Père mort tuberculeux.

La malade a maigri ces derniers mois de plusieurs kilogrammes, elle a de l'inappétence, puis troubles psychiques, *hébétude, perte de la mémoire, altération des facultés intellectuelles.*

Le bromure n'a rien donné, elle est pâle, l'œil hagard, triste.

Comme signe physique, on note une adénopathie cervicale tuberculeuse. Au sommet gauche, submatité et craquements. En avant respiration soufflante, température 38,5. Expectoration purulente et contenant des bacilles.

Traitement, aération, suralimentation. Les troubles mentaux ont disparu.

Observation XXX (Personnelle).

État neurasthénique secondaire à une invasion tuberculeuse.

Mme X. E..., 34 ans. — Pas d'antécédents héréditaires, congestion pulmonaire avec hémoptysie précédée d'amaigrissement continu, écart de température de 1 degré du matin au soir. On note comme signes physiques, à la base droite, des modifications du murmure vasiculaire qui est rude, soufflant, au même niveau la toux est retentissante, les vibrations sont exagérées.

La tension vasculaire est de 14, le cœur lent, sans souffle. Arrêt de la mensturation.

L'état mental est la tristesse avec une grande douceur mais une obédience absolue qui la fait se laisser soigner docilement pas de délire.

A cela s'ajoute une sensation de fatigue extrême, le fait de descendre un étage de sa villa la fait presque se trouver mal, pourtant la force musculaire est conservée. L'appétit bon, les digestions normales. Elle n'est ni glycosurique, ni phosphaturique.

Nous avons pu avoir des nouvelles de cette malade, les forces reviennent graduellement, l'état pulmonaire est bon.

Observation XXXI.

Michéa. — *Traité de l'Hypochondrie.*

Tuberculose, hypochondrie secondaire, amélioration parallèle.

M. E. C..., artiste peintre. Tempérament nerveux, imagination vive.

Habite une maison de santé dont sa mère est directrice et propriétaire. Une sœur ayant succombé à une affection pulmonaire? Il devient triste, on l'entend souvent répéter qu'il n'est pas destiné à faire de vieux os, etc...

A 23 ans, excès vénériens, masturbation, pollutions nocturnes parfois involontaires, tristesse.

A 24 ans, douleurs dans le côté droit de la poitrine, toux sèche, fièvre, matité sous-claviculaire droite. C... devient excessivement triste, ramène toujours la conversation sur son état et tout en désespérant de sa guérison demande toujours de nouveaux remèdes.

Après un certain temps la fièvre, la toux, la douleur de la poitrine disparaissent et avec ces signes les accès d'hypochondrie.

Il reste impressionnable au froid et à l'humidité, il éprouve un chatouillement au larynx, des douleurs erratiques du côté droit de la poitrine, perd un peu de son embonpoint, il revient en toute hâte désolé. Nous auscultons et nous percutons sa poitrine sans rencontrer aucun signe qui justifie ses craintes.

Néanmoins sa conviction résiste à tous nos raisonnements, et se fonde exclusivement sur les symptômes que nous venons de décrire, symptômes « dont nous nous efforçons en vain de lui dérober la gravité, qui le conduiront au tombeau comme ils y ont conduit naguère son camarade ». Sa pensée est sans cesse fixée de ce côté, il ne recherche et n'aime que la solitude afin de mieux s'abandonner à son idée lugubre. Parfois il a la sensation d'un corps qui exerce une compression autour de sa ceinture, déboutonne son pantalon qu'il suppose trop serré, qu'il regarde comme la cause

de la constriction dont il s'agit, mais alors il s'aperçoit que c'est une fausse sensation.

Les douleurs thoraciques disparaissent, on voit cesser ou s'affaiblir très notablement son hypochondrie, ses craintes sur l'état de la poitrine. Actuellement l'état de M. E. C..., dont l'état physique est satisfaisant, se trouve aussi dans un état d'esprit à peu près normal.

Observation XXXII.

Th. Laroche (Obs. XIII).

Tuberculose péritonéale, neurasthénie, hypotension, évolution parallèle, guérison.

X..., 19 ans.

Ant. hér. — Une sœur morte du carreau.

En février 1899. — Elle se plaint de météorisme, de troubles dyspeptiques, de rachialgie sacrée, de névralgies intercostales. Depuis le mois de décembre aménorrhée.

En mars. — Ascite légère peu mobile, un peu de pleurite gauche et du même côté au sommet diminution de la sonorité.

Au début d'avril, la malade est profondément *neurasthénique*, pression artérielle $10^{cm},5$.

En juin. — L'état général est redevenu bon, les selles régulières. Pression artérielle 15 centimètres, les règles sont revenues.

En septembre. — L'état est excellent, la malade a engraissé, la pression artérielle est à 18.

Observation XXXIII (Personnelle).

Hystérie, crises convulsives. — Émotivité concomitante de tuberculose pulmonaire. — Rétrocession des troubles nerveux avec la guérison apparente de la tuberculose pulmonaire.

Mlle J. M..., 22 ans, recueillie dans le service de M. André Petit.

Pas d'*ant. hér.* — La malade entre pour une angine diphtérique.

Dans son histoire on note qu'elle est très nerveuse, pleurant et riant pour le moindre motif. Dans le service elle a eu deux grandes crises convulsives, depuis rit et pleure aisément sans que rien puisse arrêterces déclanchements d'hilarité ou de larmes. — Ovarie, diminution de la sensibilité à droite.

Anesthésie conjonctivale. Insomnie.

L'intelligence n'est pas altérée. On est content de son service dans la place qu'elle occupe, mais elle vit dans l'indifférence, ne songe pas à se plaindre de sa poitrine.

A l'auscultation du cœur on a un souffle diastolique d'insuffisance aortique net, mais au poumon existent de même des signes importants au sommet gauche en arrière.

Matité, exagération des vibrations et craquements après la toux, à droite expiration prolongée, inspiration éteinte. Chaque matin un ou deux crachats purulents, l'examen y révèle des bacilles. La malade a considérablement maigri.

Nous avons revu la malade au bout de deux ans; elle avait pu passer deux hivers dans le Midi, l'embonpoint est revenu.

Au sommet tout bruit surajouté a disparu, les crises nerveuses ne se sont pas reproduites, le sommeil est bon, la malade est calme.

Les observations de ce groupe tirent leur intérêt principal de l'évolution des troubles nerveux. Comme nature des troubles peu de différence des phénomènes à peu près semblables et prédominants : la paresse, l'apathie a été observée chez le malade de l'observation XX et le XVII. L'aboulie chez le malade de Serrigny. Toujours *prédominance de la tristesse et de la mélancolie.* N. K. (XXI), s'enferme dans sa chambre, en clot les volets pour ne pas même voir le jour, la malade XXIII est mélancolique, notons chez elle la coexistence d'hystérie convulsive, la

malade atteinte du lupus et attristée par les remords religieux, celle de Bernheim tente d'attenter à ses jours. Même tristesse chez M^me^ E... (XXX) — le jeune homme soigné par Michéa était hypochondriaque. *L'agitation* plus rare est le plus souvent transitoire sous forme d'accès de colère chez K... (XXI), sous forme d'irritabilité à l'époque des règles chez X... (XXIII). Le malade qui fait le sujet de l'observation XXVI était par contre un irritable de même que J. M... (XXXIII) mais cette dernière était hystérique. La *sensation de fatigue* était constante chez M^me^ E... (XXX). Mais si nous retenons peu de données nouvelles sur la nature de ces troubles combien nous en trouvons sur leur valeur sémiologique, ils constituent en quelque sorte le neuro-pronostic de la tuberculose (qu'on nous pardonne ce néologisme). Dans nos premières observations, ils sont l'avant-coureur de la poussée nouvelle, chez N... l'irritabilité, l'apathie a précédé deux fois l'hémoptysie, de même chez K... — le malade de Daremberg était troublé de longues années avant sa localisation pulmonaire, chez la malade de Chartier, bien que l'état général s'améliorât, on pouvait prévoir du fait de la persistance, des troubles psychiques que la tuberculose allait s'aggraver, elle fut rapidement mortelle. La tuberculose s'améliore-t-elle, le trouble nerveux s'amende en même temps, c'est le cas de la malade de Bernheim (XXIX), de Michéa (XXXI) et la nôtre (III D), de la malade de Laroche (XXXIII), de même les phénomènes hystériques semblent avoir disparu chez le XXXIV.

3° *Troubles nerveux au cours de tuberculose en évolution.*

Observation XXXIV (Personnelle).

Tuberculose subaiguë. — Agitation. — Exagération des troubles psychiques à l'approche de l'évolution terminale.

M. F..., 24 ans.

Ant. hér. — Frère mort de tuberculose pulmonaire. Père mort de tuberculose.

Lui-même est atteint de lésions pulmonaires, les phénomènes ont débuté il y a deux ans par une infection à forme de typho-bacillose, on a fait le diagnostic de grippe, puis de dothiénentérie. Le malade ne s'est plus remis, a continué à maigrir, des signes se sont installés dans un sommet. En même temps il a fait une poussée tuberculeuse dans un testicule.

Les troubles nerveux sont constants. Le malade dit qu'il va faire comme les autres membres de sa famille. Le sommeil est très mauvais, les migraines fréquentes. Le dernier hiver de son séjour à Cannes il était beaucoup plus troublé, il faisait des projets continuels. En mars, malgré l'avis de son médecin, il va faire un séjour dans le Nord. A son retour, il dit qu'il a eu des ennuis, des difficultés. A partir de ce moment il refuse absolument de se soigner, sort à bicyclette, s'expose à la poussière et au vent. Il quitte le Midi très déprimé et meurt en août dans une poussée congestive avec fièvre.

Observation XXXV (Résumée).

Faure. — *Thèse*, 1900.

Psychose concomitante d'une tuberculose en évolution. — Hypochondrie.

Anne R..., ménagère.

Antécédents héréditaires. — Père mort hémiplégique. Caractère emporté, mort. Hémiplégique à 65 ans.

Mère âgée de 75 ans, bien portante.

Quatre frères ou sœurs, deux inconnues de la malade, un frère mort de fièvre typhoïde à 18 ans.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. A 12 ans, anémie pendant 1 an.

Réglée à 13 ans, se marie à 18 ans et a eu 4 enfants; 2 sont morts de méningite à l'âge de 2 ans; un a succombé à 10 mois d'une affection inconnue, une fille vivante et bien portante. Le mari de la malade avoue que sa femme faisait des excès alcooliques.

Histoire de la maladie. — Le début remonterait à plusieurs mois.

En mai dernier un des enfants d'Anne R... tomba malade, sa mère le veilla avec beaucoup de sollicitude jusqu'à son décès dont elle éprouva un vif chagrin.

A la suite elle maigrit, cessa de manger, se déprima, perdit toute énergie, le sommeil était rare et troublé de cauchemars pénibles dans lesquels elle revoyait son enfant entouré d'ennemis imaginaires ou d'animaux menaçants.

Depuis trois mois élancements dans les jambes, crampes, œdèmes.

La mémoire et l'intelligence se sont affaiblies, l'attention est devenue difficile.

Examen. — Aspect cachectique. La malade déprimée répond mal aux questions qu'on lui adresse.

L'examen des poumons permet de constater aux deux sommets des frottements mêlés à des craquements secs et humides.

Il existe des lésions non douteuses de tuberculose au 2e degré.

Le foie est volumineux.

Mort en un mois dans le marasme, à la fin crise, convulsion et mort brusque en syncope.

Observation XXXVI.

La Bonnardière. — *Thèse de Lyon*, 1898.

Hérédité. — Hypochondrie. — Tuberculose pulmonaire.

Anna M..., 28 ans (résumée).

Antécédents héréditaires. — Mère morte tuberculeuse à 32 ans.

Une sœur a un mal de Pott et des adénites chroniques.

Antécédents personnels. — Est l'aînée, anémie pendant la jeunesse.

Histoire de la maladie. — Céphalées et insomnies fréquentes. Est triste, dit que son mari l'abandonne, ne veut plus manger de peur d'être empoisonnée. Ni troubles de la mémoire ni de la parole. La mimique est expressive, coléreuse.

Examen des poumons, sommet gauche. — Submatité avec résistance au doigt. — Respiration affaiblie, pas de craquements.

Signes psychiques. — Idées de tristesse, croit qu'elle est gênante pour son mari, se dit incurable, ne s'occupe de rien.

Observation XXXVII (Personnelle).

Tuberculose ancienne. — Nosophobie.

M. B..., 30 ans.

M. B..., sans antécédents héréditaires, le 3e d'une famille de 5 enfants tous vivants et bien portants. Est tombé malade au régiment : pleuro-pneumonie du sommet gauche. Ce jeune homme

se soigne depuis 10 ans et a fait à diverses reprises des séjours dans des sanatoria.

A son arrivée à Cannes prend froid et fait une poussée congestive dans tout le poumon droit avec point de côté. Température qui monte à 39, quelques filets de sang dans les crachats. Tout rétrocède peu à peu et la température oscille régulièrement entre 36°,9 et 37°,4, les signes physiques pulmonaires restent fixes, on constate comme reliquat de son ancienne infection à gauche une symphyse pleuro-viscérale totale du sommet gauche avec rétraction inspiratoire, résistance au doigt. S.-.R : à droite des signes d'emphysème, tympanisme, expiration prolongée et musicale de toute la hauteur du poumon. Il y a chaque matin un ou deux crachats purulents. Le malade engraisse, mange et digère très bien, pourtant il est devenu craintif, ne veut plus quitter son lit, se sent anéanti dès qu'il fait deux pas, appréhende d'ouvrir sa fenêtre, craint la lumière et le grand jour, renonce à tout travail cérébral, se refusant même à se tenir au courant des faits que les gazettes pourraient lui apprendre.

Nous avons revu notre malade il y a un mois, il va tout à fait bien, il est actif, mais son sentiment de malaise persiste encore. Nous pensons donc qu'il est encore sous l'influence du processus tuberculeux.

Observation XXXVIII (Personnelle).

Neurasthénie secondaire et parallèle à une évolution tuberculeuse lente.

Mme V..., 36 ans.

Pleurésie gauche il y a 18 ans. Il y a deux ans ictère, crises gastriques, tension douloureuse dans le flanc gauche irradiée en arrière, lenteur des digestions, sensation de pesanteur, perte de l'appétit, constipation. Puis en automne amaigrissement, sueurs nocturnes, perte des forces, toux. On note les signes physiques suivants !

Au poumon, à gauche en avant, matité, exagération des vibrations, l'inspiration est rude à tonalité élevée.

Dans l'aisselle on entend des frottements et la transmission très intense des bruits du cœur.

Retentissement de la toux et de la voix.

En arrière. — Amyotrophie sus-épineuse, résistance au doigt, matité, exagération des vibrations.

L'inspiration est sourde, l'expiration prolongée.

A la base on note de la rétraction thoracique et de l'obscurité du murmure, l'expiration est prolongée, emphysème.

Le cœur est gros et accéléré, 84.

Tension 16.

Le foie déborde les côtes de 2 doigts.

L'état nerveux est très troublé, le sommeil est toujours entrecoupé par des cauchemars, le jour c'est la *mélancolie,* la malade se refuse à bouger, va de son lit à sa chaise longue, se lamente sur ce qu'elle n'a pas eu d'enfants et se confond en pratiques religieuses. Puis ce sont des céphalées tenaces continuelles. Avec cela une sensiblerie extrême. La vue d'une aiguille, une piqûre la fait tomber en syncope.

Observation XXXIX.

Janet. — *Obsessions et Psychasthénies.*

Tuberculose ancienne, neurasthénie, troubles gastriques, agitation, inquiétude psychique.

Br..., 38 ans.

Cette femme a toujours été maladive : anémique dans sa jeunesse elle a eu à la suite d'un choc une ostéite tuberculeuse de l'os iliaque gauche qui a déjà été opérée plusieurs fois et qui laisse une fistule bien difficile à fermer.

Sous ces influences, elle a toujours été une faible, une épuisée et a presque constamment présenté à un très haut degré les symp-

tômes de la neurasthénie ; estomac excessivement susceptible qui souffre pour le plus léger changement de régime, alternatives de constipation et de diarrhée, faiblesses énormes et surtout fatigues curieuses, survenant par crises.

Ces crises sont annoncées plusieurs jours d'avance par des douleurs sourdes dans le ventre, l'estomac et les jambes ; la digestion gastrique et intestinale se trouble complètement.

Quoi qu'il en soit, la malade en arrive peu à peu à ne pouvoir plus faire aucun mouvement, elle est épuisée, incapable de remuer de son lit, elle reste couchée immobile dans l'obscurité et pour rien au monde ne consentirait à se déranger. Elle ne veut agir, ni pour boire, ni pour manger, il lui faut l'inertie complète. Cette inertie est en désaccord avec le caractère ordinaire de la malade qui est une inquiète et une agitée ; nous ne la croyons pas en rapport avec une idée comme cela peut arriver chez d'autres malades, mais nous la considérons comme une exagération de l'épuisement nerveux habituel. D'ailleurs, dans ces périodes de fatigue accablante, l'état mental change entièrement. La malade se sent remarquablement calme, elle n'a plus aucune de ses agitations, de ses inquiétudes ordinaires, elle ne pense à rien et ne se préoccupe de rien. « C'est un bien-être qui me prend, il me semble que par extraordinaire je suis entièrement heureuse. »

Chez cette malade, la crise de fatigue énorme dure deux ou trois jours, puis Brk... se relève, reprend quelque activité, mais aussi elle retrouve son énervement et son inquiétude. « Je n'ai plus le même sentiment de bonheur, l'inquiétude revient. »

Elle se plaint aussi qu'elle a cessé d'être affectueuse, qu'elle était capable d'aimer autrefois et que maintenant elle n'aime plus personne. C'est un sentiment d'insuffisance, d'incomplétude, comme nous disions. Il lui semble qu'elle n'agit pas bien, ne fait rien jusqu'au bout, ne termine aucune action ; cela la mécontente, la tourmente. Il en résulte que malgré elle l'inquiétude lui inspire des peurs pour l'avenir ; elle vit dans une « attente perpétuelle, comme s'il allait toujours lui arriver quelque chose de remarquable... »

Il faut ajouter tout un groupe de sentiments qui ne sont qu'es-

quissés chez cette malade. Bien qu'elle prétende n'aimer personne, elle ne peut souffrir d'être isolée, elle souhaite constamment qu'on l'aime, qu'on la soigne, qu'on la cajole. « Elle aurait besoin de quelqu'un qui s'occupe d'elle constamment, ce serait si bon de se laisser conduire. »

Le côté remarquable de cette observation est le sentiment de béatitude dans une période d'épuisement nerveux.

Dès que la malade est sortie de sa crise de fatigue, elle reprend son inquiétude. Cette inquiétude est faite de sentiments de dépersonnalisation.

Enfin le sentiment du besoin d'amour, très fréquent chez les psychasthéniques, source des obsessions amoureuses.

Observation XL (Résumée).

Garcie. — *Thèse de Toulouse*, 1900.

État neurasthénique coïncidant avec l'apparition de tuberculose pulmonaire puis agitation transitoire, amélioration, mais progrès de la tuberculose.

Fille, 23 ans, religieuse.

Antécédents héréditaires. — Père buveur.

Parfaitement douée au point de vue intellectuel et moral elle a une conduite irréprochable et acquis une instruction très soignée. Elle est entrée en religion sans y être poussée par un mysticisme exagéré.

A l'âge de 21 ans, signes de début de tuberculose pulmonaire. Le caractère devient triste, aigri. Le médecin qui la soigne la dit neurasthénique.

Puis apparaissent des signes d'exaltation cérébrale, elle ne peut demeurer en repos, se lève la nuit pour aller soigner les malades. Il est à remarquer que l'excitation est plus vive l'après-midi et la nuit et semble coïncider avec l'élévation de la température.

Le mois suivant, phase de dépression coïncide avec l'affaiblissement général. On la met au lit.

Après deux semaines de traitement elle se relève après une courte

période d'excitation, elle redevient calme, docile et quitte l'asile.

Depuis son départ, l'état mental se maintient satisfaisant, mais la tuberculose évolue rapidement.

Observation XLI.

Th. Gibotteau.

Hérédité tuberculeuse. — Tuberculose-hystérie apparaissant après l'invasion de la tuberculose.

X..., 25 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts de tuberculose pulmonaire à 25 ans.

Frères et sœurs morts de tuberculose.

Antécédents personnels. — Rougeole à 3 ans à la suite de laquelle elle est restée d'un mauvais état de santé.

Il y a 3 ans, influenza.

Depuis ce temps amaigrissement, perte des forces, sueurs, palpitations, essoufflements. Les règles sont irrégulières.

Il y a 10 mois hématémèse supplémentaire.

Depuis ce temps elle souffre d'une douleur permanente à l'épigastre et présente la boule hystérique et des crises convulsives qui ont cessé depuis deux mois.

Il y a 8 jours, toux opiniâtre, pour laquelle elle entre à l'hôpital.

État actuel. — Matité en arrière au sommet gauche.

Infiltration gauche, bronchite disséminée à droite.

Observation XLII.

Th. Gibotteau.

Hystérie apparaissant après l'invasion tuberculeuse. — Evolution alternative de tuberculose et hystérie.

Victorine G...

Antécédents héréditaires. — Mère asthmatique, deux frères tuberculeux, 13 frères et sœurs morts tuberculeux de 15 à 30 ans.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde en 1888.

En 1891, tuberculose laryngée, trachéotomie.

En 1892, tuberculose pulmonaire.

En 1893, crise d'hystérie, spasmes de la glotte, étouffement, asphyxie menaçante. Le lendemain céphalée, troubles gastriques, essoufflements, palpitations.

Accès de palpitation avec affaiblissement du pouls, douleur rétro-sternale, lipothymie, puis spasmes de la glotte avec tirage et mouvement d'élévation et d'abaissement du larynx. Ces accès sont suivis d'un léger engourdissement dans les membres, submatité du sommet droit, en arrière respiration rude et saccadée.

Abolition du réflexe pharyngé, amblyopie droite, ptoxis droit, strabismes externes de l'œil droit.

Les crises d'hystérie se répètent de temps à autre mais diminuent de fréquence et d'intensité.

Les signes de tuberculose persistent sans se modifier.

Deux à trois mois après, la malade revient, se plaint de toux, hémoptysies, sueurs nocturnes, elle n'a plus de crises d'hystérie.

Au sommet droit, râles humides, réitération de la tuberculose laryngée, nouvelle trachéotomie.

Pendant son séjour à l'hôpital, où elle est soumise à un traitement antituberculeux, les accidents pulmonaires s'atténuent, mais les troubles nerveux augmentent sous l'influence d'une idée fixe, préoccupation matrimoniale.

Observation XLIII.

Th. Gibotteau.

Hystérie apparaissant après l'invasion de la tuberculose. — Tuberculose pulmonaire. — Amélioration coïncide avec l'apparition de l'hystérie. — Mort par progrès de la tuberculose.

M^me^ X...

M^me^ X... présente en 1880, à l'âge de 35 ans, des manifestations de tuberculose (affaiblissement progressif, toux incessante, hémoptysie) pour lesquelles on l'envoya deux hivers successifs à

Cannes. Tout s'améliore, l'état général redevient normal. Pendant 8 ans Mme X... reprit son existence antérieure et même mena une vie fort agitée à tous égards sans présenter d'autres phénomènes pathologiques que des troubles hystériques tels que : névralgies, spasmes instamment pharyngés, accès de dépression et de surexcitation.

En *juillet* 1890, les accidents nerveux ayant pris une grande acuité Mme X... consulta un spécialiste éminent qui lui prescrivit un traitement hydrothérapique sévère avec isolement absolu dans une maison de santé.

En *septembre* 1890, Mme X... est remise de ses accidents nerveux mais au bout de quelques jours elle accuse une toux intense.

De la dyspnée et de la fièvre hectique, phénomènes qu'explique la présence à la région moyenne du poumon gauche d'un foyer de râles humides avec une expectoration qui fourmille de bacilles.

Sur ces entrefaites le mariage de la fille de Mme X... est décidé. Mme X... se surmène beaucoup ; sous l'influence de cette surexcitation qui fait bientôt reparaître des accidents nerveux intenses, la toux, la dyspnée, en un mot toutes les manifestations tuberculeuses s'atténuent, les signes physiques s'amendent.

Après le mariage de sa fille, l'existence de la malade étant redevenu calme, les accidents pulmonaires reparaissent avec des alternatives de rémission coïncidant avec des préoccupations d'ordre intime tel que questions d'intérêt avec divers membres de sa famille.

En 1892, la tuberculose fait des progrès et Mme X... succombe à des manifestations d'hecticité.

Observation XLIV.

Th. Chambard. — *Paris*, 1881.

Pleurésie tuberculeuse. — Hystérie consécutive, état mental, somnambulisme.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mère morte de cancer, deux frères et une sœur morts tuberculeux.

Antécédents personnels. — Il y a six mois, pleurésie droite rapidement guérie. Il y a un mois, après un refroidissement, frisson et température pendant quatre jours.

Depuis, toux et toutes les deux heures hémoptysies abondantes. Sueurs nocturnes. Fièvre vespérale. Amaigrissement.

Signes physiques. — Au sommet droit, matité, rudesse du murmure, souffle et craquements, retentissement de la voix.

Phénomènes hystériques. — Submatité, hyperesthésie ovarienne double, anesthésie totale ou heuranesthésie droite.

Matité, attaques hystériques fréquentes.

État psychique. — Capricieuse et émotive, somnambulisme.

Observation XLV.

Gibotteau. — *Loc. cit.*

Hérédité. — Hystérie, astasie, torticolis, anosurie, hystérie viscérale, spasmes œsophagiens, glottique, vomissements, coïncidant avec une tuberculose à marche lente.

Georges P..., 22 ans, employée de commerce.

Antécédents héréditaires. — Mère très nerveuse.

Collatéraux. — A eu trois sœurs, dont deux mortes en bas âge, un morte à 22 ans d'une fluxion de poitrine.

Deux frères, dont un mort de la poitrine.

Antécédents personnels. — Rougeole à six ans. Fièvre typhoïde à sept ans. Toujours très nerveuse et impressionnable, sujette à des crises de palpitations et de suffocation.

A 12 ans elle éprouvait de temps en temps des crises consistant en sensation de gonflement de la bouche et de la gorge, brûlure, et impossibilité de parler. Depuis trois ans elle a perdu l'appétit, a du dégoût pour les aliments gras et la viande, digère mal, vomit souvent, est toujours constipée.

Réglée à 14 ans, depuis les règles sont venues irrégulières, peu abondantes, très pâles.

En mai 1893. — Bronchite, depuis elle tousse et crache beaucoup. — Perd ses forces, maigrit, a de la fièvre le soir et des sueurs très abondantes la nuit. — Premier séjour à l'hôpital pour tuberculose.

En 1894. — Rentre pour les mêmes symptômes, toux et vomissements. Perte des forces qu'elle exagère considérablement. Elle refuse de se lever ou sinon se plaint aussitôt de lypothymies, de faiblesse excessive. Perte complète d'appétit. Elle vomit tous les aliments.

Appareil respiratoire. — Amaigrissement des fosses sus-épineuses et matité. En avant, dans la région sous-claviculaire D, on entend quelques râles sous-crépitants, au-dessous la respiration est rude et soufflante, l'expiration saccadée. Dans les régions sus-claviculaires, râles humides. Dans la région sus-claviculaire gauche, quelques craquements secs. En arrière, à droite et à gauche, craquements humides. A la base la respiration est normale.

Système nerveux. — A eu du torticolis, un peu de strabisme, de temps en temps spasme œsophagien et glottique.

La sensibilité au tact est presque abolie ; à la chaleur et au froid complètement sur tout le corps mais diminué seulement à la face. La sensibilité à la douleur est abolie sauf au niveau de l'éminence thénar et à la plante des pieds. — L'olfaction très diminuée surtout à droite.

Système nerveux. — La gustation est abolie à droite, diminuée à gauche. On note de l'hyperesthésie au niveau de la suture sagittale du crâne.

La céphalalgie et la rachialgie sont fréquentes, de même la névralgie intercostale, la gastralgie, l'enteralgie ; l'ovaralgie un peu augmentée à la pression.

Rêves fréquents, cauchemars, bourdonnements d'oreilles, terreurs nocturnes. La malade est soignée par des pointes de feu aux sommets, des pilules de créosote, de la liquide de Fowler, mais les vomissements résistent à toutes les médications, glace, eau de Vichy, eau chloroformée, cocaïne, teinture d'iode, Menthol. La malade se confine au lit, refuse de se lever ; malgré les vomisse-

ments répétés et le défaut de nutrition, l'embonpoint persiste relativement ainsi qu'un bon état général; les signes pulmonaires restent stationnaires.

La malade sort le 28 février, les vomissements étant devenus plus rares par l'administration du bromure de potassium.

Observation XLVI.

Furet. — *Thèse.*

Tuberculoses osseuses multiples et anciennes. — Hystérie : vomissements, stigmates, état mental.

N..., 17 ans, domestique, entre le 5 mars 1888.

Antécédents héréditaires. — Mère morte phtisique à 30 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans, irrégulièrement.

Fièvre typhoïde à 9 ans.

A 10 ans, chute sur le genou droit, suivie de tumeur blanche, guérie après six mois de traitement; hydarthrose du genou gauche.

A 16 ans, mal de Pott lombaire et coxalgie droite. Le mal de Pott guérit après dix-huit mois d'immobilisation; la coxalgie persiste et un abcès par congestion apparaît au pli de l'aine.

État actuel. — Coxalgie droite, douleur de hanche par pression locale et à distance, difficulté des mouvements; adénopathie inguinale droite; aplatissement de la fesse droite; ensellure lombaire, position en demi-flexion.

Traitement par extension continue, avec appareil de Lannelongue.

Marche 15 jours après l'entrée, vomissements alimentaires répétés, indolores, ne s'accompagnent d'aucun trouble apparent des voies digestives, ni d'amaigrissement de la malade.

On songe à l'hystérie et en l'interrogeant on apprend que la malade avait toujours été sujette à des colères, pleurs et rires faciles, appétit exagéré.

On retrouve des stigmates d'hystérie: diminution considérable de la sensibilité sur tout le côté droit du tronc et des membres,

sur le côté gauche de la face, diminution du champ visuel, dyschromatopsie, affaiblissement marqué du goût, de l'odorat, de l'ouïe du côté gauche.

Points douloureux sous-mammaire et ovarique, vomissements durent 15 jours sans interruption, sans amaigrissement, disparaissent tout à coup complètement.

Nous retiendrons de ce dernier groupe au point de vue psychique *mêmes caractères phénomènes de dépression.*

Hypochondrie (Obs. XXXV, XXXVI, XXXVII), mélancolie chez Mme V... (Obs. XXXVIII), chez Brk (Obs. XXXIX), phénomène *d'agitation transitoire* chez nos neurasthéniques (Obs. XXXIX). Chez F... il y a au contraire état sthénique *permanent,* inquiétude, préoccupation, insomnie, s'exagérant avant la poussée finale.

Les manifestations hystériques concomitantes de la tuberculose sont des plus variées dans cette catégorie de malade, l'hystérie n'a apparu qu'après la tuberculose, peut-être pourrait-on dire que c'est là de l'hystérie toxique car on trouve chez nombre d'entre elles (Obs. XLI, XLII, XLVI) des tares héréditaires suffisantes pour que la névrose s'accuse à la moindre occasion. Elle s'est manifestée par des crises convulsives chez les malades des observations XLI, XLII, XLIII, XLIV, on retrouve des stigmates chez presque toutes, abolition du réflexe pharyngé (Obs. XXIII), ovarie hémianesthésie droite chez la malade de Chambard (144), anesthésie presque complète, anesthésie à la température, anesthésie sensorielle, agueusie, anosmie, ovarie chez la malade de Gibotteau (Obs. XLV). Dans l'observation XLVI existe en même temps de l'hypo-acousie gauche, de la mastodynie. L'état men-

tal est troublé, capricieux, émotif (Obs. XLIV), hypochondriaque (Obs. XLV), irritable (Obs. XLVI). L'*hystérie viscérale* est fréquente, les troubles digestifs en particulier. Dans l'observation XLI la malade a de l'épigastralgie, a eu une hématémèse, dans les observations XLV et XLVI des vomissements incoercibles, des spasmes œsophagiens et glottiques. Au point de vue évolutif qui a été longtemps le pivot des discussions sur l'hystérie et la tuberculose, nous notons que bien qu'hystériques, la malade (Obs. XLIII) de Gibotteau est morte de tuberculose pulmonaire, il y a des faits d'alternance indéniables dans les observations de Gibotteau.

*
* *

En reprenant l'ensemble de ces diverses observations il nous semble que le plus souvent l'hystérie accompagne la tuberculose chronique, que les états psychiques au contraire accompagnent la tuberculose aiguë ou subaiguë.

*
* *

Il ne nous sied guère d'entreprendre ici une description clinique des phénomènes psychonévrosiques de la tuberculose, d'autres l'ont fait, et de façon définitive. Cependant en relisant nos observations et les publications de quelques auteurs il nous semble que l'on peut voir à l'aube de la tuberculose des troubles nerveux de deux types différents. La psychasthénie peut revêtir soit une forme dépressive, soit une forme pressive.

Dans la forme *pressive*, la plus rare, le caractère se base sur les impressions prédominantes de la sensibilité, c'est

en particulier chez des tuberculeux éréthiques fébriles à tuberculose subaiguë dont Einzelmann donne des exemples, ce sont les affectifs, les tendres, les hypersensibles « qui pleurent les héros de leur roman ». Ce sont les agités, qui entreprennent mille choses sans en terminer aucune, qui se dépensent en équipées nocturnes, ou dont l'esprit est particulièrement brillant, les productions intellectuelles, plus abondantes que jamais, qui ont de l'entrain, de la gaîté parce que « la gaîté est un courage de plus contre l'infortune », qui n'éprouvent pas le besoin de se soigner et sont terrassés brusquement par une hémoptysie ou une poussée congestive.

Plus fréquente est *la forme dépressive,* le malade jusque-là bien portant a la sensation que ses forces diminuent, il est surpris d'être fatigué au moindre effort physique ou intellectuel, il maigrit, son appétit diminue ; à la moindre occasion, il est couvert de sueurs, la nuit son sommeil est agité et le matin il est plus las que la veille. Se sentant faible il s'inquiète et la tristesse devient le fond de son caractère, il entre dans la maladie de langueur. Celui-là sera un aboulique, un apathique, il renoncera à ses affaires, à ses amis, pour vivre enfermé chez lui (Obs. I et II), ce sera un insouciant (Obs. XXI), un indifférent, un égoïste si c'est un homme, une jalouse si c'est une femme, c'est un vrai « artiste de l'intérieur de l'âme », passant son temps à analyser ses sensations. Au bout de quelques semaines, de quelques mois on constate les premiers signes de la tuberculisation.

Tandis que le premier de plus en plus brillant « étonnait le monde », celui-ci au contraire éteint en lui toute

activité, tel littérateur, tel auteur dramatique choyé du public cesse, du jour où il est atteint, toute production littéraire, tel sujet brillant élève se laisse aller à la paresse, s'en aperçoit et s'en attriste (Obs. X). Mais cette faiblesse est irritable, on peut dire d'eux ce que G. Sand comptait de Musset « le pli d'une pétale de rose le fait saigner », et cet hypochondriaque est susceptible sous l'influence d'une émotion, d'une mauvaise nouvelle, à l'époque menstruelle, d'avoir une crise d'agitation pouvant aller jusqu'au délire (Obs. XXIII), ou à la manie (Obs. XII), il s'ensuit une dépression encore plus profonde d'où il sort de moins en moins. — Si l'évolution tuberculeuse régresse, ces troubles nerveux le plus souvent diminueront d'intensité, mais très souvent ils ne disparaissent pas complètement, le malade qui a été tuberculeux et qui ne l'est plus cliniquement garde la sensation de son amoindrissement et fait de la neurasthénie en quelque sorte post-tuberculeuse... Mais l'infection progresse et l'on voit peu à peu des malades indifférents se reprendre à espérer ; ils se mettent à parler de leur avenir, car le présent ne peut guère leur offrir de jouissance, c'est le commencement du délire, le signe de l'intoxication cérébrale, l'espérance est le songe qui charme leur veille pour les consoler de l'angoisse qui parfois trouble leurs nuits. L'optimisme le plus absolu les illusionne, c'est le cas du tuberculeux dont Dupré publie l'observation ; son commentaire, c'est la meilleure note à donner à la fin de ce chapitre. « X..., tuberculeux, 33 ans, est atteint de tuberculose aiguë fébrile avec infiltration bilatérale étendue et cavernulation rapide des sommets, lésions laryn-

gées, cachexie rapide, la mort survient trois mois après le début des accidents. — Durant toute l'évolution de la maladie, le sujet, homme d'ailleurs cultivé et intelligent, a présenté constamment et à un degré extrême les caractères d'ailleurs classiques de la mentalité de phtisiques subaigus, euphorie, optimisme, inconscience de la gravité de la situation, illusions, projets, espoir ferme d'un avenir paisible et heureux, acceptation d'emblée des suggestions rassurantes et des explications quelconques relatives à ses malaises, etc... Cet état d'illusionisme euphorique se marque comme on le sait chez ces malades par le caractère souriant et quelquefois joyeux de la conversation par l'éclat du regard, par une expression particulière de béatitude répandue sur le visage, et l'on a souvent insisté sur le pénible contraste qui existe entre les manifestations de cet état mental et la douloureuse réalité des choses. » Cet état mental d'ordre démentiel se rapproche par ses caractères des manifestations psychiques des cancéreux morphinisés chez lesquels on peut observer la même euphorie optimiste, le même illusionisme délirant, grâce aux doses élevées et rapidement croissantes de poison. Cette analogie entre ces deux états psychopatiques démentiels subaigus chez des cachectiques est un argument de plus pour rapporter l'euphorie à une intoxication.

A la fin tous ces troubles se calment parfois (Skaë, Clouston), le malade redevient ce qu'il était avant sa maladie pour laisser à son entourage une dernière image brillante des heures où il était un être dans la vie des êtres, ou bien la granulie méningée le foudroie dans

quelques crises convulsives, ou le plonge dans un sommeil, prélude de l'éternel calme.

*
* *

Mais les psychonévroses ne se bornent pas à des manifestations purement psychiques, leur retentissement somatique est constant et contribue pour une large part à exagérer bien des phénomènes cliniques et à en créer même pour leur propre compte. Elles engendrent des symptômes divers.

Un des premiers troubles est *la céphalée*. Nous la retrouvons souvent chez nos malades.

N. (Obs. XX) a des migraines fréquentes, K. (Obs. XXI) souffre de névralgies au moment de ses paroxysmes psychiques. Virginie M... souffre de céphalée depuis l'âge de 17 ans. M... (XXXVI) a commencé par avoir de la céphalée et de l'insomnie, de même la malade de l'observation XLII). Cathala dans sa thèse cite entre autres observations le cas d'un jeune malade âgé de 15 ans atteint de tumeur blanche du poignet et qui a fréquemment des crises de céphalée qui firent craindre parfois la méningite. « La céphalée est diurne et nocturne, elle est surtout marquée au coin de la durée qui varie de quelques mois à plusieurs années, elle est tenace et ses premières manifestations peuvent dater de l'enfance, elle est gravative, pesante, associée parfois à une certaine dépression nerveuse, souvent massive, en cercles douloureux autour de la tête, parfois localisée. Son exagération semble précéder souvent une aggrava-

tion de l'état infectieux. Il y a en même temps des modifications du caractère. »

La céphalée peut s'accompagner d'insomnies (cas de N...), il y a souvent somnolence invincible aux premières heures de la nuit, puis la digestion finie la pression remonte et l'insomnie revient (Papillon).

L'action de la névrose se fait sentir de même sur les symptômes respiratoires.

Le premier signe influencé est *la toux* : il y a une toux psychique, un raclement psychique, un crachotement (Natier.) — Dettweiller arrive par la suggestion à arrêter la toux dans des proportions extraordinaires.

Papillon décrit un *phénomène d'auscultation* clinique qu'il appelle *décubitus,* qui pour lui serait d'origine névrotique, par vaso-dilatation, née de l'excitation du sympathique. Il consiste dans la constatation de quelques râles de déplissement, crépitations fines que l'on perçoit au sommet presque exclusivement du côté où se couche le malade au début de l'auscultation quand on fait faire une inspiration profonde ; on peut constater au même niveau l'assourdissement des bruits transmis par transonance.

Ou bien ce sont des *névralgies* parfois à type fulgurant (Carrière). Les points de côté, les douleurs thoraciques, douleurs sous la clavicule ou entre les omoplates (Peter). Hartenberger en cite dans sa thèse plusieurs cas, notamment celui d'un soldat, bacillaire léger dont il guérit une névralgie intercostale atroce en une séance d'hypnotisme.

Un autre signe, beaucoup plus grave celui-là parce

que très gênant pour le traitement, plonge dans l'élément psychique les plus profondes de ses racines. Ce sont les vomissements : rappelons la belle observation de Bouchard, le cas des 2 malades de Gibotteau, ce sont des vomissements faciles, bilieux ou alimentaires, c'est souvent un vomissement partiel, il peut se montrer comme seul phénomène de la névrose ou s'accompagner de tympanisme gastrique qui a la même origine.

Du côté de l'appareil circulatoire on peut constater un *éréthisme* particulier, le pouls est accéléré, tressautant, hâtif, non modifié par les changements de position, l'hypotension est précoce.

Nous ne nierons pas que dans certains cas on puisse voir des crises de palpitations cardiaques d'origine psychique (Papillon), mais le plus souvent c'est l'infection tuberculeuse qui doit être mise en cause.

Du côté de l'appareil urinaire, Robin a signalé *la polyurie* prétuberculeuse, on a noté encore l'évacuation incomplète de la vessie avec un certain degré d'incontinence.

Enfin les troubles du *domaine génital* ont été l'occasion de multiples et brillantes discussions. Nous trouvons l'excitation génitale chez N..., chez K... Le docteur G... nous a communiqué le cas d'un jeune tuberculeux avancé qui habitait en face d'une maison close et qui, un quart d'heure avant de mourir, s'y rendit une dernière fois. Heinzelmann l'avait signalée dans son article « au début le malade veut utiliser encore pleinement ce que la vie lui paraît encore offrir, à la fin ce sont des phénomènes toxiques. » Chartier y insiste à nouveau : « Souvent des

préoccupations génitales se manifestent chez les délirants. » Landret, dans sa thèse, cite trois observations où la poussée tuberculeuse a coïncidé avec une crise d'excitation génitale, cinq observations de femmes qui jusque-là insensibles, depuis leur tuberculose ont des satisfactions et des désirs. Grancher croit qu'on a exagéré beaucoup ces tendances, d'après lui ces troubles sont le fait de tares morbides antérieures que la maladie ne fait qu'exagérer ou des lésions locales prostatiques ou testiculaires, aperçues ou inaperçues. Regaud n'a-t-il pas décrit des malformations des spermatozoïdes chez les tuberculeux en dehors de toute lésion apparente du testicule.

Barbier pense de même que la tuberculose a plutôt une action déprimante et que les troubles génésiques sont plutôt le fait de la sensibilité de tels malades. « C'est une simple coïncidence avec l'hystérie et la sentimentalité », dit Bernheim.

Daremberg croit aussi « qu'il faut une occasion pour créer chez le tuberculeux une grande excitation génitale, c'est le plus souvent un sentiment de tendre reconnaissance qui l'entraîne sur le chemin de la débauche génésique ».

Nous ne pouvons que citer la discussion du Pr Landouzy à ce sujet. Pour avoir des renseignements il faut étudier le problème « en dehors du microcosme des sanatoria ». « Il m'est apparu que si *l'effort* génésique plus que le vrai besoin demeurait chez le tuberculeux c'était pour plusieurs raisons d'ordres différentes. Tout d'abord manquer à l'amour c'est l'indifférence, puis chez le mari

c'est s'exposer qu'il vienne à l'esprit de l'épouse l'idée d'aller chercher ailleurs ce qu'elle ne trouve pas au foyer. « Ce n'est jamais qu'à la dernière heure que l'homme avouera n'avoir plus ni faim ni soif d'amour. »

En second lieu, les tuberculeux s'imaginent voir la conservation de leurs forces dans leur puissance génitale, ils cherchent à se donner le change à eux-mêmes, opposent la satisfaction génésique à la fièvre, la toux, l'expectoration, l'anhélation et l'affaiblissement chaque jour progressant.

Il faut mettre à part certains tuberculeux qui durant des mois et des années atteints de tuberculose localisée, parfois même de tuberculose fruste et larvée, aboutissent à une manière d'hystérotoxie, voient tout d'un coup leur affectivité se modifier et en même temps leur sixième sensibilité ; d'où des activités génitales autres et nouvelles « c'est le fait de l'état maladif de la fièvre tuberculeuse ».

Pour le reste il faut faire la part du désœuvrement du décubitus prolongé de l'activité.

Dans le sanatorium les conditions sont devenues différentes, le repos, la suralimentation, l'indolence, la promiscuité sont là comme causes provocatrices. Il n'y a donc pas lieu de trop exagérer ces phénomènes.

Telles sont à peu près les diverses manifestations psychonévrotiques que l'on peut rencontrer chez les tuberculeux, telle est l'influence de la tuberculose sur les centres. Y a-t-il inversement une influence des centres nerveux sur l'évolution de la tuberculose, bien que l'on n'ait pas de faits très précis il est certain que les émo-

tions sont contraires aux tuberculeux à la suite d'ennuis, de préoccupation, de mauvaises nouvelles, on voit la fièvre remonter, l'appétit diminuer, les forces s'abattre ; les émotions n'agissent en somme que par la dépression nerveuse, elles exagèrent simplement une tendance naturelle de l'infection.

DIAGNOSTIC

Il ne s'ensuit pas de ces faits que tout neurasthénique, hypochondriaque, hystérique soit tuberculeux. Il importe donc de poser en quelques lignes quelques indications diagnostiques.

Il ne faudrait point par exemple étiqueter hémoptysie tuberculeuse, toute expuition de sang chez une hystérique. On peut très bien n'avoir à faire qu'à une hémosialémèse. On remarquera dans ce cas que l'hémoptysie est souvent complémentaire, elle survient périodiquement le matin, souvent à la même heure. Si on examine le liquide dans un verre conique, on le verra se déposer en trois couches : la supérieure très rouge est de la salive colorée par l'hémoglobine dissoute, la moyenne rose pâle renferme des hématies décolorées, l'inférieure grisâtre des débris épithéliaux (Gélibert). Et des accidents semblables se prolongent pendant des mois sans anémier le malade. A l'auscultation des signes très fugaces : il est parfois extraordinairement difficile d'ailleurs de faire respirer profondément une hystérique, elle donne donc l'illusion de l'obscurité respiratoire et par la contraction de ses muscles thoraciques, l'illusion de la submatité. Mais chez elle, l'état général est excellent, la

tension vasculaire peu abaissée, parfois elle vomit mais ces vomissements ne troublent pas sa nutrition, souvent elle tousse mais sa toux est quinteuse, houppante, ou bien un raclement perpétuel qui ne cesse que par la distraction, la crise convulsive ou le vomissement.

De même chez les neurasthéniques ou les délirants, la tuberculose peut ne pas être en cause : chez le neurasthénique non tuberculeux, on remarquera que les troubles ont une variabilité beaucoup plus grande. En ce qui concerne les troubles digestifs, on constatera que l'anorexie hystérique ou neurasthénique est bien différente, par exemple de l'anorexie prétuberculeuse. La tuberculeuse essaie de manger mais ne le peut pas, la nerveuse pure n'éprouve ni le besoin de manger ni de boire, il faut lui suggérer ce besoin et insister à chaque bouchée. Si on fait causer la malade elle signale des contradictions, elle est anorexique et parle avec enthousiasme de la saveur de tel ou tel mets, le plus souvent étrange. — Souvent l'origine de ces troubles a été brusque, succédant immédiatement à une émotion un ennui « à des à-coups matériels ou moraux » (Dejerine). La maladie suit une marche exactement parallèle à l'état moral du sujet, « le trouble fonctionnel stomacal ne survient que si dans la vie du sujet un événement se produit capable d'amener chez lui une angoisse, une inquiétude morale dont il établit en somme une interprétation physique » (Dejerine, Gauckler).

On différenciera aussi la céphalée de la céphalée nocturne des syphilitiques, des brightiques, de la migraine. Enfin il est des nerveux qui peuvent présenter de la fiè-

vre : on a décrit la fièvre neurasthénique et la fièvre hystérique, affirmer cette origine est extrêmement délicat, il ne faudra le faire qu'avec circonspection, après avoir pris *soi-même plusieurs fois* les températures après le repos et après une course. Parisot insiste sur l'intensité de la sensation de chaleur interne éprouvée par le malade avec une faible élévation de la température, c'est exactement l'inverse dans la tuberculose où souvent le malade se promène sans malaise avec 39° de température.

Le simple examen évitera la confusion entre l'origine organique cardiaque ou péricardique, ou la nature fonctionnelle des troubles tels que l'angoisse et les syncopes.

Les diverses causes non tuberculeuses de ces divers troubles éliminées, comment les rapporterons-nous à leur fauteur, la tuberculose ? Ce sera par l'étude attentive de l'état général et l'examen physique.

On découvrira dans l'hérédité des antécédents bacillaires, on recherchera avec soin des causes créatrices de tuberculose ancienne, ganglionnaire ou osseuse, l'histoire d'évolution scrofuleuse, eczéma, ophtalmies, etc. Enfin on a toujours affaire à des sujets qui sont amaigris peu ou prou (Vir populeus de Landouzy), émaciation générale qui les inquiète ou simple dépression des espaces sous-claviculaires, sus-épineux, avec inclinaison de l'omoplate (Boulland) pour eux sans importance, mais guide précieux pour l'examen. — On auscultera avec soin, au besoin même avec un stéthoscope, toutes ces zones. Ce ne sera pas dans le but de rechercher des bruits sura-

joutés, mais simplement de percevoir des modifications du murmure vésiculaire : dans sa tonalité qui est devenue aiguë, dans son intensité qui a diminué, dans son timbre devenu rude. On étudiera les rapports réciproques de l'inspiration à l'expiration. L'inspiration est la première atteinte d'abord rude, humée elle s'éteint ensuite, puis l'expiration s'altère, elle devient rude, puis prolongée. Dans d'autres cas, c'est dans la région du hile, dans l'espace interscapulaire que la percussion fait percevoir de la diminution de la sonorité, et l'auscultation un souffle qui irradie de chaque côté du rachis, parfois rarement quelques râles bulleux (Rondot). La voix est retentissante, les vibrations, si on peut les percevoir, exagérées. La constatation de ces signes d'une façon persistante dans plusieurs examens différents permet d'étiqueter la névrose. L'étude de la température, la constatation de son déséquilibre après une marche d'une heure, appuiera le diagnostic. Enfin l'examen du sang, de la tension artérielle, des urines, la radioscopie surtout qui nous montrera des zones d'opacité, et la séro-agglutination seront de précieux adjuvants.

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE

Nous venons de voir combien se prolonge l'histoire des psychonévroses chez les tuberculeux. Si tels sont les faits quelles en sont les causes ? Nous allons montrer que les causes favorables au développement de l'infection tuberculeuse peuvent également provoquer des troubles du système nerveux. Le système nerveux n'assiste pas indifférent aux troubles de déchéance manifestes de l'infection tuberculeuse, la toxine l'imprègne et y détermine des réactions variables suivant l'intensité de son action et les tares héréditaires qui la favorisent.

*
* *

La nutrition du tuberculeux est troublée à tous ses stades, il y a troubles de l'apport nutritif, de l'utilisation nutritive et enfin intoxication. — La première cause de troubles de l'apport nutritif réside dans la difficulté pour le tuberculeux de s'alimenter suffisamment, soit par suite d'une toux émétisante soit par crainte de cette toux soit enfin par perte d'appétit. Ou bien si l'estomac fonctionne encore c'est un trouble d'absorption

alimentaire. Letulle et Pompilian ont montré combien l'absorption intestinale est faible « si bien que des tuberculeux peuvent mourir de faim en mangeant beaucoup s'ils ne trouvent pas dans les aliments ingérés les divers éléments albuminoïdes dont ils ont besoin ».

A cette cause s'ajoute la diminution du champ respiratoire soit par suite de l'extension du processus ulcérant soit par suite de compression des voies aériennes par un épanchement ou des adénopathies. Il y a donc *diminution de la translation de pénétration, diminution de l'apport,* manque d'oxygène, la force consommée ne se reproduit plus assez, le mouvement nutritif va donc baisser de façon progressive.

A ces troubles de l'apport nutritif s'ajoutent des troubles de la *distribution nutritive* et c'est l'appareil circulatoire qui en est le fauteur. *Le cœur* des tuberculeux ou des prétuberculeux est diminué de volume. Potain l'avait signalé chez les tuberculeux anciens chloro-anémiques et chez les cachectiques. Bouchard et Balthazard ont exactement évalué la diminution de surface de l'aire de projection du cœur. Elle est constante et d'une telle importance que son augmentation est un signe pronostic de la guérison de la tuberculose (Guilleminot). A la fin seulement, à l'inverse des idées de Potain on peut observer une certaine augmentation de cet organe. — Ce cœur petit peut présenter des malformations orificielles congénitales dont la plus fréquente est le rétrécissement mitral pur, méïopragie le plus souvent déjà de nature tuberculeuse (Potain, Teissier) et cause de troubles dans la circulation générale, de stase dans la petite circula-

tion, ce qui gêne l'hématose. — Comme il y a une hypoplasie cardiaque il y a hypoplasie vasculaire, ces deux causes ont pour effet *l'hypotension.* L'abaissement de la pression suit les progrès de la maladie mais se manifeste dès le début. C'est un signe des plus précoces, les tuberculeux latents sont des hypotendus surtout les prétuberculeux jeunes, les adolescents, c'est-à-dire ceux aussi chez lesquels les troubles nerveux sont les plus fréquents et l'intensité de l'hypotension est plus en rapport avec l'intensité de l'imprégnation qu'avec l'étendue des lésions. Potain donnait comme chiffres 13, 37 à la première période, 12 à la seconde, 11, 3 à la fin. Teissier a vu de 12 à 8. L'élévation de la pression est d'un bon pronostic si elle se prononce lentement. Mais s'il y a hypotension il y a nécessairement hypotonie vasculaire. Teissier pense même que ce facteur est prédominant dans le symptôme au début de la tuberculose, s'il y a hypotonie vasculaire il y a vasodilatation et suivant la loi de Malassez ralentissement de la circulation, diminution du nombre des hématies dans les territoires vasculaires. — A ces causes se joint encore l'hypoplasie hématique, la masse sanguine est diminuée, la valeur globulaire baisse, l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine se ralentit, le nombre des hématies diminue, celui des hématoblastes augmente. Dans certains cas de tuberculose fébrile ou tout au début de l'évolution du processus on peut avoir parfois une hyperglobulie, mais elle est compensatrice et ne fait que traduire la gêne de l'hématose (Labbé, Quiserne). *La respiration cellulaire est donc aussi diminuée* que la respiration pulmonaire.

Pour diminuer encore les résistances de l'organisme, *le surmenage* vient encore s'ajouter à ces deux causes : surmenage *mental* par fatigue intellectuelle ou fatigue morale, douleur, émotion, préoccupation ; surmenage *physique* par excès de labeur ou états physiologiques, la puberté, la grossesse, la lactation ; surmenage *génital* à la fois physique et moral. Ces divers agents réunis vont concourir à la déchéance de l'organisme par trois procédés, l'anémie, la déminéralisation, les intoxications.

Comme nous venons de voir les troubles de l'apport des éléments et de la distribution nutritive nous allons voir les *troubles de leur utilisation* : Desgrez et Adler, 1° ont mesuré l'*énergie de synthèse de la cellule dans la tuberculose* par l'étude de la synthèse de l'acide hippurique chez l'animal tuberculeux. Ils ont vu que la quantité d'acide éliminée par les animaux était inférieure de 34 pour 100 à celles éliminées par les témoins. Lucet a étudié longuement ces divers troubles, il a montré que :

1° Au début de la tuberculose *l'excitation catalytique* est *supérieure* à la normale dans 70 pour 100 des cas et elle augmente progressivement avec le développement de la maladie, par contre *l'hystolyse est diminuée* comme le prouve la diminution de l'azote total ;

2° Le rapport de l'azote uréique à l'azote total est diminué, les substances *azotées ne se détruisent qu'imparfaitement,* ce n'est qu'une minime partie très insuffisante qui va jusqu'à la figuration urée ;

3° Le rapport entre l'azote total ingéré et celui non éliminé par l'urine est beaucoup plus fort qu'à l'état normal même avec des doses faibles d'azote, cette non

utilisation augmente rapidement à mesure que l'on fait croître la ration azotée (Labbé, Vitry);

4° Pour ce *qui est des éléments minéraux* nous trouvons que Desgrez a montré la décroissance des éliminations sulfurées, résultat parallèles à ceux de Lucet pour les éliminations phosphorées; étant donnée cette décroissance progressive, il pense qu'à la période prétuberculeuse il y avait des éliminations supérieures à la normale ce qui vient à l'appui de la thèse de J. Teissier sur la phosphaturie prétuberculeuse.

De même pour le chlore, les travaux de J. Teissier, Piery et Denney, montrent une désassimilation exagérée des chlorures au début de la tuberculose chronique ou aiguë, ils concluent que la perte des chlorures est d'autant plus accentuée que la tuberculose est plus grave. La cryoscopie vérifie ces résultats en montrant la valeur élevée du poids de la molécule élaborée par rapport à la diurèse moléculaire totale.

Comme ce sont, le phosphore, le soufre et le chlore qui entraînent presque toute la matière minérale, on peut démontrer ainsi la déminéralisation de l'organisme dans la prétuberculose, c'est le but des recherches de Desgrez et Adler; d'après ces auteurs le coefficient de déminéralisation chez le tuberculeux est de 12 pour 100 supérieur à la valeur normale.

Le rôle de la déminéralisation prend une importance toute nouvelle depuis les travaux de Charrin et Le Play. Les substances minérales en effet sont la *condition des phénomènes osmotiques,* elles régissent donc la nutrition cellulaire, la quantité et la qualité des aliments des agents

propres à effectuer les réparations ou à transporter l'énergie nécessaire au maintien statique ou au fonctionnement dynamique des organes. Elles font la valeur des diastases, elles font varier l'activité cellulaire et apparaître ainsi l'état bactéricide en provoquant des réactions leucocytaires comparables à celles engendrées par les toxines. Si on minéralise des animaux on les voit devenir plus résistants aux infections expérimentales, leurs urines sont plus abondantes, dans leur sérum les microbes pullulent plus lentement, on peut donc considérer la perte graduelle des substances minérales chez le tuberculeux comme une des causes de la diminution des processus de désassimilation que nous voyons s'accroître jusqu'à la fin de la tuberculose.

Ces perturbations nutritives s'aggravent encore du fait des *auto-intoxications*. De la diminution du champ respiratoire de l'hypoplasie angiohématique résultent l'anoxhémie, l'intoxication, par le *trouble de l'hématose*. Il y a *auto-intoxication digestive,* au niveau de l'estomac dilaté stagnent des résidus alimentaires, de la salive, du mucus ; s'il y a hypochlorhydrie et par conséquent diminution du pouvoir antiputride du suc gastrique des fermentations diverses, des produits de putréfaction plus ou moins comparables à des ptomaïnes sont le résultat de ces décompositions anormales (Bouchard). Dans le cas où l'acide chlorhydrique persiste à son taux normal se développent des albumines toxiques résultat du trouble dans l'élaboration des substances alimentaires en particulier les peptones (Bouveret, Devic). Au niveau de l'intestin, soit du fait d'une entérite légère, soit du fait du

trouble nutritif, l'épithélium est fréquemment altéré, dès lors la transformation des peptones qui s'y fait en substance indifférente (Hoffmeister) est arrêtée, son rôle antitoxique et mécanique d'arrêt ne s'exerce plus (Charrin de Nittis), les toxines ou les germes peuvent cheminer vers le foie déjà congestionné et surchargé par les toxines d'origine gastrique, il préexistera, ou succombera peu à peu atteint de dégénérescence graisseuse. On sait, depuis les travaux de Roger, toute l'importance et la précocité de ces lésions hépatiques manifestes chez presque tout tuberculeux et J. Teissier nous a montré combien ses réactions étaient variables.

Il y a enfin auto-intoxication par les *déchets de la désassimilation musculaire* chez les sujets surmenés (Gaucher, Charrin et Ruffer). Il en est de même de tous les produits de *l'activité cellulaire,* cytotoxines. Les *organes à sécrétion interne* peuvent enfin jouer un rôle important, l'hypotension artérielle peut pour une part en être le reflet, par lésions des capsules surrénales, du corps thyroïde, rappelons que Livon avait tenté autrefois de classer ces glandes précisément d'après le caractère de leur action sur la circulation.

Telles sont les causes qui viennent mettre le système nerveux en état de déchéance, chez bien des sujets elles suffisent à produire toutes les psychonévroses chez le tuberculeux, il faut en ajouter encore une c'est *l'intoxication spécifique.* « Il n'y a plus d'infections sans lésions des neurones », dit Charrin. La toxine tuberculeuse a une tendance *élective prompte sur le système nerveux,* car si le traumatisme de la fatigue peut avoir un rôle dans le

point d'application d'une infection c'est bien au niveau du système nerveux que doit se faire la localisation initiale, puisque c'est le centre coordonnateur et directeur de toutes les activités et qu'il a la perception des troubles organiques qui nous avons décrits. — Si l'on *expérimente* après une injection de tuberculine on observe de la stupeur ou du délire (Koch, Dufour et Dide). Et Armand Delille conclut de ses travaux que les poisons diffusibles du bacille de Koch (bacilline d'Auclair) produisent des phénomènes d'intoxication de la cellule nerveuse. Bouchard avait décrit il y a longtemps, en 1891, une toxine vaso-dilatatrice à action élective sur les centres nerveux: *l'ectasine*. — Les *anatomo-pathologiques* trouvent de même des lésions toxiques : Anglade et Chocraux ont noté la prolifération névroglique corticale et diffuse ou sous-épendymaire. Pieri a décrit des lésions cellulaires profondes, lésions du protoplasma depuis la simple chromatolyse périphérique jusqu'à la vacuolisation ou la destruction complète ; lésions du noyau plus rares, lésions des prolongements protoplasmiques. Laignel-Lavastine a constaté de même des lésions, mais beaucoup plus légères, simple augmentation des granulations pigmentaires, sénescence précoce de la cellule.

Enfin Dupré et Nissl ont montré que dans certains cas les lésions cellulaires d'origine toxique peuvent être extrêmement profondes : leur tuberculeuse euphorique avait des lésions profondes et diffuses des cellules frontales, il y avait « disparition du protoplasma avec dégénérescence en anneau épineux à la périphérie du corps cellulaire, excentricité du noyau, déformation du nucléole

rapetissé et plissé, vacuolisation de certaines cellules pyramidales, dégénérescence hyaline de la plupart des capillaires (1).

Nous dirons pour nous résumer : Les troubles de nutrition qui se manifestent au début de la tuberculose sont essentiellement provocateurs de l'épuisement nerveux, de plus la toxine tuberculeuse a une action élective sur la substance nerveuse, on comprend donc que la réaction de celle-ci se manifeste cliniquement. Mais dans certains cas l'état général s'améliore, la nutrition se relève, la déminéralisation s'arrête, il semble que l'action nocive sur les centres nerveux doive cesser, mais dans ces cas la tare héréditaire intervient et suffit à elle seule à empêcher la celulle de se relever du traumatisme qu'elle a subi et le trouble s'installe définitif. La cellule nerveuse réagit à l'intoxication dans la mesure où elle a été rendue vulnérable par les tares innées que l'hérédité lui a transmises.

« *L'hérédité,* dit Ribot, est la loi biologique en vertu de laquelle tous les êtres doués de vie tendent à se répéter dans leurs descendants, elle est pour l'espèce ce que l'identité personnelle est pour l'individu. Par elle au milieu des variations incessantes il y a un fond qui demeure : par elle la nature se copie et s'imite incessamment. Considérée sous sa forme idéale l'hérédité serait la production pure et simple du semblable par le semblable. Mais cette conception est purement théorique car les phénomènes de la vie ne se plient pas à cette régu-

(1) M. le Dr Nageotte et notre collègue C. Vincent ont bien voulu examiner le cerveau d'une de nos malades euphorique, il n'y avait pas de lésions cellulaires.

larité mathématique, leurs conditions d'existence se compliquant de plus en plus à mesure qu'on s'élève du végétal aux animaux supérieurs et de ceux-ci à l'homme. »

La preuve expérimentale en a été donnée par l'expérience de Brown-Séquard qui ayant pratiqué une hémisection de la moelle d'un cobaye constata chez les descendants de l'épilepsie.

La *preuve anatomo-pathologique* par Charrin et Léri qui virent des lésions nerveuses chez des rejetons issus de mères tuberculeuses: ce sont des hémorragies associées à des processus inflammatoires parfois dégénératifs, et l'hérédité ne se borne pas seulement aux tares nerveuses, elle s'accompagne de tares organiques qui aggraveront les précédents (Charrin et Delamare). Il serait imprudent peut-être d'affirmer connue la transmission des tares héréditaires, on sait qu'elle se manifeste d'autant plus aisément que les procréateurs sont très âgés, ou trop jeunes pour avoir terminé leur développement vital; que la descendance a été nombreuse et les derniers venus sont les plus chargés. Il faut retenir le fait expérimental constaté par Charrin et Duclert, qui ont constaté le passage des toxines et des germes à travers le placenta. « On comprend que l'infection ou l'intoxication puisse détériorer les éléments déjà formés dans les cordons nerveux ou s'opposent à la parfaite évolution de ceux qui ne s'achèvent que plus tard. Cette intoxication embryonnaire laissera de son passage une « *cicatrice* » (Pierret), l'effet de l'action physico-chimique des toxines sur les éléments nerveux a engendré un dynamisme particulier, excessif, insuffisant ou peut-être dérivé »; qu'un

excitateur nouveau vienne solliciter les réactions de ces centres dont le dynamisme est inégal, il s'ensuivra le déséquilibre des états psychiques.

Ce que l'anatomie pathologique et l'expérimentation avancent la *clinique le démontre*. Grasset le constate dans son important mémoire. Rossi montre que 28 pour 100 des tuberculeux ont des antécédents névropathiques, 22 pour 100 des névropathes ont des antécédents tuberculeux.

Dans nos observations nous la retrouvons de même fréquemment. Möbius étudiant le rôle de l'hérédité nerveuse dans l'apparition des accidents dit que la nature des résultats dépend du type de l'hérédité : Si l'*hérédité est divergente,* et une partie seulement des parents atteinte, les troubles nerveux reparaissent chez les descendants mais *atténués* sous forme de *neurasthénie* simple. Si l'*hérédité est convergente* les phénomènes sont *plus graves* ; si elle se continue *deux ou trois générations,* on verra apparaître la *dégénérescence mentale*. Papillon pense même que l'hérédité *détermine le type* de la prétuberculose. « *Loi de l'hérédo-réaction.* » L'organe le plus dégénéré héréditairement est celui qui réagit le premier à l'imprégnation toxinique.

En résumé l'hérédité qui a créé la déchéance morale vient s'ajouter aux autres causes qui ont créé la déchéance physique pour engendrer chez le tuberculeux les troubles nerveux et même si l'état physique s'améliore la tare héréditaire peut suffire à elle seule à continuer l'action nocive que le processus infectieux déprimant avait seulement commencée.

PATHOGÉNIE

Pour analyser les troubles psychiques des tuberculeux, pour les interpréter, force nous est tout d'abord de rappeler les conditions qui président normalement à notre activité psychique.

L'essence de la vie normale et saine, c'est l'unification progressive des facultés, c'est l'association croissante et de plus en plus harmonieuse de leurs actes, de leurs états, de leurs habitudes. Dans le domaine des centres nerveux règne la même harmonie ; comme le dit Taine : « Il y a un système dans les sentiments et les idées humaines, les diverses inclinations ou aptitudes s'équilibrent, s'harmonisent », grâce à la coopération régulière des sens et de la mémoire se constitue et se poursuit la *synthèse mentale* ; elle réunit en un composé unique et rationnel les éléments qui lui sont fournis par ces deux facteurs. Ainsi l'activité nerveuse « se répartit dans les différents points du système nerveux suivant des lois fixes comme celles qui gouvernent la circulation du sang dans le système vasculaire » (Ribot). L'individu est dans *l'état sthénique,* conditions des émotions agréables et résultat de l'harmonieuse tension des organes de la vie végétative et de la vie de relation.

Il reste ainsi tant qu'il est en état de santé physique parfaite, mais il n'est malheureusement que trop fréquent d'observer, soit du fait du tempérament individuel, soit à cause d'affections pathologiques aiguës ou chroniques des modifications de cet *état sthénique* : que dans un organe l'infection tuberculeuse s'installe, non seulement le foyer tuberculeux par là même va déverser des poisons, mais l'organe atteint est de ce fait plus ou moins troublé dans son fonctionnement et des auto-intoxications secondaires peuvent s'ensuivre. L'action de ces causes va engendrer nécessairement la dysharmonie, les centres nerveux vont être en état *d'asthénie* ou *d'hypersthénie*.

Les influences ancestrales aidant, les opérations mentales se troublent, l'équilibre est rompu entre les facultés actives et les facultés affectives, entre les facultés fonctions du réel et celles de l'idéal, déséquilibre des facultés psychiques fondamentales, en somme abaissement de la tension psychologique. Biautey dit avec raison dans sa thèse : « L'ensemble des phénomènes qui constituent les modifications psychiques qu'entraînent les affections chroniques pourraient se formuler par une diminution dans la puissance des moyens défensifs de la raison contre l'imagination. » Ces conclusions nous semblent pouvoir être les prémisses d'un chapitre destiné à étudier le mécanisme mental des psychonévroses chez les tuberculeux.

*
* *

Trois grands phénomènes, d'après Janet, entrent en

jeu dans la diminution des facultés de combinaison et de comparaison et peuvent donner le sentiment d'imperfection psychique : « 1° C'est d'abord la diminution de la synthèse mentale, et par conséquent de la systématisation des éléments réunis dans le champ de la conscience ; 2° La réduction de la complexité mentale du nombre des éléments, sensations, images, mouvements, émotions, qui remplissent d'ordinaire la conscience et qui nous donnent le sentiment du réel ; 3° Le souvenir de la manière dont fonctionnait autrefois notre pensée, de son unité et de sa richesse, les comparaisons entre cet état passé et l'état présent et les interprétations inévitables qui se mêlent à ces comparaisons ». Le dernier phénomène est chez le tuberculeux particulièrement important.

Il en découle bientôt une diminution de la croyance dans l'exactitude des équivalents psychiques des images et *le doute* naît. L'idée, dit-on, porte en elle la croyance, mais c'est que précisément nos facultés de comparaison ne sont plus assez énergiques pour la fixer. Les jugements tendent à devenir de moins en moins faciles ; l'idéation s'affaiblit, la croyance s'éteint. Le sujet sent cette modification psychique, il éprouve le besoin de se faire rassurer, cherche à s'appuyer sur une affirmation étrangère : la volonté faiblit.

La volonté c'est le pouvoir de se déterminer à agir. Or tout acte volontaire se décompose en trois opérations successives, la délibération, la détermination, l'exécution. La diminution de la faculté de combiner va s'opposer à chacune d'elles. En effet, le point de départ d'un acte volontaire c'est une idée pratique, l'idée d'un acte,

que par comparaison avec des actes semblables évoqués par notre mémoire nous croyons possible. « Vouloir c'est juger pour agir », mais hélas si notre idéation n'est pas troublée, du moins la faculté de comparaison, de synthèse qui coordonne nos sensations et nos images est amoindrie, premier obstacle.

L'idée étant comparée, vient la *délibération* : voudrais-je ou non, c'est un choix entre deux attitudes comme tantôt c'était une comparaison entre deux idées. Donc mêmes difficultés, de plus deux actes nécessitant également un effort. C'est ainsi que l'on peut concevoir les tuberculeux passionnés comme manquant de la volonté inhibitrice de leurs désirs. Ils sont abouliques dans le sens de la définition de Ribot : « Vouloir c'est se retenir d'agir. » Leur entêtement est en somme à ce titre un trouble de la volition ? La suggestion du moment parce qu'elle est victorieuse nous rend aveugles à l'égard de tout autre idée. Le tuberculeux agit parce qu'il est irritable, partant il a des volitions mais il lui manque la volonté raisonnée.

Il s'obstine souvent en des niaiseries quitte à se laisser détourner d'une décision importante par le motif le plus futile.

Enfin c'est l'effort terminal, l'action, l'*exécution*. C'est surtout ce temps qui est altéré dans la psychose du tuberculeux, son acte de volonté ne s'extériorise pas : c'est comme neurasthénique qu'il a eu des aboulies portant sur les deux premiers temps. Comme tuberculeux il n'est pas pauvre d'idées, mais chez lui le passage à l'acte seul est pénible, exige un effort, effort douloureux

pour lui au point de vue moral et qu'il prévoit douloureux au point de vue physique. Il se décide pourtant. Mais autre chose est vouloir quelque chose pour le moment et pour un moment, autre chose la vouloir et coordonner en vue de cette décision fondamentale une multiplicité de décisions particulières. Ceci c'est le fait du caractère et l'état prépondérant du pouvoir imaginatif et des facultés effectives s'accorde mal avec l'énergie de persévérance.

Nous avons vu les effets de la diminution des facultés de combinaison. Mais quand une force primitivement destinée à être dépensée pour la production d'un phénomène déterminé reste inutilisée, il se produit des *dérivations* (Janet), c'est-à-dire que cette force se dépense à produire des phénomènes imprévus et inutiles, parfois dangereux, tout au moins épuisants. Donc l'énergie inutilisée dans la synthèse mentale va être dérivée dans les facultés affectives et les augmentera. Nous verrons naître alors les *maladies des sentiments* chez le tuberculeux : elles ont trois causes psychiques : un trouble de l'attention, un trouble de la mémoire et l'augmentation du pouvoir imaginatif.

L'attention peut être altérée chez le tuberculeux suivant des modes diverses, que l'on considère l'attention spontanée ou volontaire. Dans l'attention spontanée l'objet agit par son pouvoir intrinsèque, ici le but n'est pas donné par le hasard, il est voulu, choisi, accepté, ou du moins subi, il s'agit de s'y adapter, de trouver les moyens propres à la maintenir. Chez quelques-uns de nos malades cette attention *diminue* parce que l'effort d'adaptation est trop pénible, ou bien cette attention sponta-

née, est au contraire *accrue,* fait plus fréquent encore dans les cas qui nous intéressent, et le malade monte peu à peu de l'attention forte, de l'analyse de chacun de ses symptômes à la préoccupation de son état organique, à l'idée fixe de son incurabilité, vivant dans une apathie qui n'a d'égale que celle de l'extase. C'est cette progression que sainte Thérèse résume comme suit : « La conscience s'est concentrée progressivement et partie de l'état ordinaire de diffusion a revêtu la forme de l'attention, l'a dépassée peu à peu pour parvenir à la parfaite unité de l'intuition(1). » Le malade rentre en lui-même et se plonge dans un égoïsme parfait.

Si nous considérons maintenant l'*attention volontaire,* nous verrons que chez nos malades elle est troublée davantage encore, surtout dans le sens de l'amoindrissement; cela vient de ce que, tandis que dans l'attention spontanée c'est l'objet qui porte en lui le mobile de l'attention, dans l'attention volontaire le point de départ est dans un effort de l'esprit, reconnaissance d'un but déterminé d'avance. Cet état de conscience créé et maintenu prépondérant, l'attention volontaire va choisir les états appropriés, les maintenir dans la conscience, les combiner avec les autres et en tirer de nouveaux concepts ou constituer, comme dit Janet, de nouvelles synthèses qui prolifèreront à leur tour. Or, chez nos malades deux obstacles se dressent contre l'attention, c'est d'une part chez les tuberculeux avancés la difficulté de l'effort d'évocation qui les fait sortir de leur bien-être psychique

(1) *Les châteaux de l'âme.*

et d'autre part l'hypertension sensitive, plus nette chez les malades au début, qui les fait vivre dans l'insouciance et met dans l'impossibilité de fixer un état psychique pour l'analyser.

Les modifications de la *mémoire* semblent être parallèles aux troubles de l'attention. En fait, chez les tuberculeux qui nous occupent en dehors de la maladie de Korsakoff, la mémoire est peu lésée. Mais si l'on admet la division entre mémoire *sensible* et *mémoire intellectuelle,* on comprendra que, du fait de la dépression des facultés du réel ou de combiner, la dernière soit amoindrie, alors que, du fait de l'augmentation d'impressionnabilité de la plaque sensible, cérébrale vis-à-vis des images extérieures, la première soit augmentée. C'est le cas de nos tuberculeux qui étonnent le monde par la vitalité de leurs souvenirs.

*
* *

Comme conséquence de l'hypertrophie de la mémoire se place l'imagination. *L'imagination* est nécessaire à nos malades, c'est une nécessité psychique. Leur esprit ne peut sans effort expliquer ou constater, il invente et « tout l'organisme est la proie d'une image » (M. de Fleury).

C'est alors pour le tuberculeux la représentation intégrale et concrète des événements et des objets, tellement vive et distincte que l'esprit s'absorbe dans sa contemplation et qu'il la localise dans le présent. Et la représentation est tellement vive qu'elle obscurcit toute sensation intercurrente et donne au malade l'oubli de ses

maux. On pourrait renverser pour eux la proposition des cartésiens et dire que les phénomènes intellectuels sont sous la dépendance des phénomènes affectifs. Cette *hyperactivité de l'imagination diminue le sens critique,* donne à certains une crédulité enfantine, une malléabilité intellectuelle, précieuse d'ailleurs, car s'ils n'ont plus d'empire sur eux-mêmes, ils permettent de ce fait au médecin de le prendre sur eux et d'ajouter une influence psychique salutaire au traitement de leur état physique.

A coté de l'imagination, augmentée comme elle, surgit la *sensibilité.* « A chaque sorte d'imagination, dit Taine, correspond une sorte particulière de sensibilité, nous ne jouissons et nous ne souffrons que de ce que nous sentons réel, et cela seul est réel pour nous qui reparaît devant notre solitude, quand fermant les yeux et ramenant notre âme sur elle-même, nous évoquons notre mirage personnel de l'univers. » La sensibilité conditionne l'excitabilité et l'émotivité. *L'excitabilité* est l'aptitude à être *affecté* agréablement ou péniblement par une excitation sensorielle ou morale, l'*émotivité,* l'aptitude à prolonger ces impressions, à les laisser *évoquer* dans la conscience une masse d'états affectifs qui y sommeillaient: c'est le règne de l'*association des idées.* Cette émotivité est irrégulière, tantôt nos tuberculeux sont indifférents, tantôt ils se bouleversent pour la moindre chose. L'agitation naît d'emblée ou succède à un stade de dépression psychique, l'oscillation dépasse le but et après la tristesse voici la gaieté, l'*hyperhédonie psychique* (Emmingans). Les perceptions externes ne produisent que des impressions gaies et le malade en éprouve la

sensation. Dans le domaine intellectuel, c'est l'*accélération des représentations* psychiques, la production imaginative est accélérée jusqu'au *délire*, qu'il s'y ajoute le désir avec ses ardeurs, et l'agitation créera les *emportements de la passion*. L'enchaînement des idées de plus en plus accéléré finit enfin par devenir inintelligible, c'est l'*incohérence*. Que cette agitation trouve sur sa voie une excitabilité sensorielle spéciale (rappelons Engel), elle va en quelque sorte la déclancher, et l'*illusion* naîtra suivie même de l'*hallucination*. Chez nos malades elle entraînera l'excitation mentale du début de la tuberculose, l'*euphorie* qui leur fait dire en exhalant leur dernier souffle : « Je me sens mieux. » *L'hallucination est rare chez le tuberculeux en dehors de grand trouble cérébral ou de poussée fébrile.* C'est le degré le plus élevé de l'agitation qui évoque simultanément un nombre de sensations et d'idées très considérables. Au contraire, le phénomène constant est *l'illusion* ou la *rêverie,* degré un peu inférieur de l'agitation mentale où la réalité est pauvre de phénomènes analysés, *où les substituts suffisent à la raison.*

Enfin la diminution de la synthèse mentale a rendu possible la *suggestibilité*. L'irritabilité, l'emportement traduisent une excitabilité réflexe anormale, une inactivité relative des fonctions psychiques supérieures, des facultés de contrôle, ce sont des signes d'un défaut de coordination, d'un manque d'équilibre par conséquent d'instabilité mentale et de faiblesse nerveuse.

C'est le cas de F..., ce sera le cas des hystériques ; ils sont dans un état de subconscience, ils ne peuvent contrôler. A côté de ces faits aux *antipodes de l'agitation*

vient l'indifférence plus souvent chez les abouliques, les douteurs, les méfiants, et en face ou à la suite de l'épuisement créé par le torrent de l'agitation.

En résumé, il y a malaise psychique, désordre entre les diverses fonctions du cerveau.

La mélancolie naît du désaccord entre nos illusions et la réalité des choses extérieures ; le malade cherche d'abord à en détacher son esprit en s'occupant de poésie, de philosophie, de religion, en se laissant aller á la dérive de la poésie et du mysticisme. L'état de dépression cérébrable de désintégration psychique est au complet, une seule fonction subsiste, la sensibilité et parce que seule hyperpuissante, non contente de le soumettre encore aux effets épuisants des excitations extérieures elle donne encore au malade la sensation de sa déchéance, de son épuisement nerveux, de sa fatigue, et de cette sensation naît *la tristesse*.

*
* *

Contrairement à cette théorie de la dysharmonie psychique, les psychophysiologistes contemporains basent sur l'exaltation du sens de notre existence une conception de la tristesse, de la mélancolie et des psychonévroses qui nous paraît pouvoir s'appliquer de même aux troubles survenant chez les tuberculeux. De même que « l'homme est apte à la joie dans la proportion où la santé physique lui permet cette émotion (Dearborn) l'homme est triste parce que la tristesse n'est que le reflet de la déchéance physique. C'est par ce que l'on a

dénommé la cénesthésie qu'il est averti de cette déchéance ; c'est donc ce sens qu'il nous faut définir.

Qu'est ce sens, où naît-il et quels sont ses effets ? Séglas dans ses leçons sur les maladies mentales en fournit une définition qu'on ne peut que citer sans la modifier : « On a donné le nom de *cénesthésie,* sens de l'existence, au sentiment que nous avons de l'existence de notre corps, sentiment qui, à l'état normal, s'accompagne d'un certain bien-être. Chaque fonction vitale y contribue pour sa part et de cet apport complexe résulte cette notion confuse qui par une répétition incessante est devenue *nous-mêmes* au point que nous ne pouvons nous en rendre compte sans les variations qui l'élèvent au-dessus ou l'abaissent au-dessous de la normale. » Mais pourquoi ce sentiment de notre existence, de notre vie intérieure s'exalte-t-il tout à coup, devient-il plus précis, et nous révèle-t-il une tare profonde alors même qu'aucun symptôme pathologique n'est apparent ? S'il en est ainsi c'est pour nous avertir de l'épuisement organique, c'est un effort, une réaction de défense pour prévenir, écarter ou combattre la souffrance (Dumas), et son propulseur est la fatigue. Savoir où commence la fatigue nous permettrait de connaître où naît le sentiment de cénesthésie, mais chaque individu a une courbe de fatigue qui lui est propre et constante (Mosso).

Elle naît de l'effort physique musculaire ou splanchnique comme de l'effort intellectuel, elle avertit que l'attention engendre l'épuisement, de même que la distraction trop prolongée, n'y a-t-il pas des gens fatigués de ne rien faire (Vaschide et Vurpas). Par suite des troubles

qui surviennent dans le domaine des fonctions organiques au début de la tuberculose on comprend aisément combien est grand le nombre de sensations nouvelles qui peuvent modifier le processus cénesthésique habituel et engendrer la fatigue. Mais si la courbe de la fatigue est constante, la réceptivité sensorielle est variable avec chaque individu, aussi est-il impossible de déterminer quand elle se produira. La sensation de fatigue est brusque, mais cette sensation, phénomène psychologique instantané, n'est que la totalisation des excitations accumulées graduellement pendant toute la durée de l'effort et du travail physique ou planchnique.

Après l'excitation de la sensibilité médullaire ou sympathique se produit l'excitation corticale, la sensation du désordre de la vie organique est perçue. Que vont être les effets de cette perception sur les opérations intellectuelles? Une série de troubles va s'ensuivre ! « En raison même de l'état particulier des centres nerveux qui participent également à la souffrance générale de l'organisme, c'est surtout dans leur élaboration cérébrale que les diverses sensations vont se transformer et s'altérer. Les images intérieures ne sont plus adéquates à leurs excitants normaux et les sensations même régulièrement transmises n'arrivent plus à la conscience que comme autant d'impressions alarmantes par leur étrangeté. L'état cénesthésique normal, de bien-être, produit par le consensus harmonique des sensations organiques, fait ainsi place, l'équilibre une fois rompu, à un nouvel état cénesthésique pénible de malaise général avec parfois quelques localisations plus précises »... « L'effet d'un

organe faible ou malade (le poumon dans notre cas) dérange le ton psychique et se traduit dans le cerveau par une irritabilité excessive, une disposition à l'émotion, en résumé un état de *malaise psychique* » (Maudsley). Il s'établit des connexions étroites entre les sensations organiques et les diverses opérations de la pensée et de là suivent les troubles intellectuels. Le malade, le tuberculeux surtout, au lieu de se rendre à cette invite de repos qu'est la sensation de fatigue, cherche à réagir, il supplée tant bien que mal à la fatigue en faisant intervenir la volonté au prix d'un effort qu'il faut augmenter de plus en plus car l'influx volontaire du fait de l'intoxication devient de moins en moins énergique jusqu'à être nul. Alors le malade se rend sans conditions et l'état mental se modifie dans une série qui va de la dépression neurasthénique à l'hypochondrie et la mélancolie. De là une certaine perversion des sentiments, de l'irritabilité, un état de névrosisme inquiet, un égoïsme raffiné et douillet, une espèce de débilité morale.

De là aussi une répugnance très vive à l'action du mouvement dont on craint perpétuellement qu'il n'avive la douleur. Le tuberculeux mélancolique ne crache plus, ne tousse plus ; il n'a même le plus souvent pas de température. Il se sent vivre, il ne s'occupe plus qu'à assister au défilé de ses sensations, il s'absorbe dans cette décourageante contemplation, et les énergies actives s'atrophient au profit de cette surexcitation de la sensibilité interne. L'hypochondrie nous révèle en grossissement ces effets et Maine de Biran nous dit : « Je me souviens que je m'étonnais de me sentir exister, j'étais déjà porté

comme par instinct à me regarder au dedans pour savoir comment je pourrais vivre et être moi. La santé nous porte aux objets extérieurs ; la maladie nous ramène chez nous. »

Ces faits nous les notons également chez Mme V... qui est imprégnée depuis dix ans et chez Mme E... qui est a peine convalescente de sa poussée congestive initiale. Nous remarquons une dépression analogue de l'activité et un défaut semblable de volonté, d'une part, chez les gens tristes moroses tuberculeux qui semblent cliniquement guéris parce qu'ils sont très sensibles à la douleur physique, que le fond de leur tempérament est un état permanent de malaise, et d'autre part, chez les mélancoliques sentimentaux, jeunes adolescents chez qui l'infection bacillaire germe, chez qui la vie émotionnelle est plus intense, la sensibilité morale plus en éveil, les sentiments tendres plus développés, mais dont la sensibilité est néanmoins douloureuse, inquiète, souffrante. Veut-on des preuves de la justesse de la théorie : on n'a qu'à étudier les variations de la tension artérielle, de la capacité respiratoire, des combustions au cours des divers états organiques.

Dumas nous dit : « Si nous perdons quelqu'un que nous aimons, l'accablement où nous voilà plongés n'est pas la conséquence de nos pensées tristes mais leur cause. L'annonce d'une mort occasionne à nos centres nerveux un violent et subit surmenage, il en découle un trouble grave de la circulation sanguine, et une baisse générale de la vitalité : notre esprit en prend conscience, conscience vague, confuse et c'est cela que nous nommons

tristesse. » La tristesse n'est en somme qu'un symptôme de l'appauvrissement de la circulation, de l'abaissement de la nutrition, phénomène de règle dans la tuberculose. « Le malade en hypotension, dit Maurice de Fleury, est triste, d'une tristesse morne et sans courage, la langueur fonctionnelle de tous ses organes se transmet au cerveau et s'y traduit sous forme d'inertie mentale, de paresse, de sensation profonde, de déchéance, d'impouvoir, et son esprit est encore tout enclin à la crainte. C'est presque toujours un doux, un timide, pitoyable à autrui parce qu'il a besoin de pitié pour lui-même ». Qu'on fasse la contre-épreuve avec ce même auteur en relevant artificiellement la tension vasculaire : à l'aide d'injections de sérum on peut faire remonter à son malade toute la gamme des sentiments : l'ivresse, la colère, la tristesse et les larmes, l'énervement, l'indifférence, enfin la joie de vivre.

Pour conclure enfin et résumer cette histoire du mécanisme psychologique des états d'âme des tuberculeux, nous pouvons dire que deux théories sont en présence. L'une *purement psychique* explique les divers troubles par la *prédominance des états affectifs sur les facultés de la raison,* l'autre, donnant une part plus grande aux phénomènes *physiques,* soutient avec De Fleury, Dumas, Lange, que *les sentiments dépendent des phénomènes organiques,* qu'ils sont primitifs, autonomes, irréductibles par rapport à l'intelligence et nous dirons que la cénesthésie des divers troubles provoqués par l'intoxication tuberculeuse, des altérations de la nutrition peut en effet entrer pour une grande part dans la genèse de l'état d'âme de nos ma-

lades. Quoi qu'il en soit, tandis que les fonctions mentales languissent, le cerveau est privé de son excitant naturel, l'oxygène et son excitabilité diminue. En même temps la paresse cérébrale retentit sur les fonctions cardiaques et respiratoires dont les excitateurs nerveux souffrent. Nous avons vu dans le chapitre précédent que chez le tuberculeux, même alors qu'il est à peine atteint ou en voie de guérison, la tension artérielle reste abaissée. Non seulement il y a hypotension artérielle, mais il y a trouble des fonctions organiques, fonctions hépatiques, fonctions rénales, fonctions des glandes à sécrétion interne. Le poumon, alors même qu'il paraît sain et en raison même de l'emphysème vicariant, fonctionne imparfaitement, enfin il y a du fait de la maladie déminéralisation générale. Il s'ensuivra un ralentissement corrélatif dans la vie profonde des tissus, c'est-à-dire des combustions organiques déjà altérées par l'évolution du processus tuberculeux. En d'autres termes, si les troubles généraux de la nutrition entraînent une dépression psychique, inversement les troubles dépressifs de l'intelligence engendrent des troubles fauteurs peut-être de maladies générales. Pour que l'homme fût heureux, c'est-à-dire bien portant, il faudrait qu'il fût parfait au sens de Spencer, c'est-à-dire un automate merveilleusement compliqué et simplifié, dont les opérations intellectuelles seraient toutes réduites à de simples réflexes.

*
* *

Donc, en résumé, nous avons montré dans ce chapitre :

1° Que chez les tuberculeux, les troubles qui constituent la base des psychonévroses, maladies de la volonté, de la mémoire, exagération des fonctions sensibles se retrouvent à un degré plus ou moins net.

2° Que les troubles et la sensation de malaise psychique qui les accompagne sont l'expression d'une cénesthésie spéciale liée à l'état organique défectueux alors même que le médecin trouve que la tuberculose est cliniquement guérie ou en voie de guérison.

3° Que l'analyse de l'état physiopathologique des tuberculeux, même en apparence guéris, justifie cette cénesthésie de même que chez les prétuberculeux, puisqu'elle traduit l'abaissement de la tension artérielle, l'hypotonie cardiovasculaire, la déminéralisation, l'hypofonctionnement de divers organes, rien d'étonnant alors que l'asthénie nerveuse n'en soit la conséquence.

TRAITEMENT

Workmann écrivait en 1864 : « Aussi souvent qu'i nous sera défendu de remédier à l'état général d'un insensé, aussi souvent nous échouerons à lui rendre la raison. » La sage réflexion de cet auteur a sa place en tête d'un chapitre de traitement des troubles psychonévrosiques de la tuberculose. Dans cette maladie, en effet, plus que dans nombre d'autres l'influence du physique sur le moral se fait sentir dès l'origine et survit même parfois longtemps à l'infection.

Loin de nous la pensée ou l'ambition de poser ici les règles du traitement de la phtisie mais peut-être pouvons-nous de la pathogénie de ces troubles déduire quelques indications.

Trois circonstances, avons-nous dit, concourent à la production des troubles psychiques chez les tuberculeux : l'hérédité, l'infection, la dénutrition. — L'hérédité est une tendance innée ; nous ne pouvons que la refréner en évitant avec un soin jaloux toute cause de dépression susceptible de la mettre en action, ou la prévoir dans la descendance de nos malades. Mais comment modifier les deux autres facteurs ?

Contre l'infection pas de spécifique, donc pas de

moyens sûrs, mais si nous ne pouvons annihiler directement l'agent infectieux nous pouvons l'user en augmentant les résistances, ce sera par la nutrition, c'est sur elle que doit porter l'effort. — C'est en modifiant l'hygiène de tels malades par le climat, les régimes, le repos, et quelques agents thérapeutiques qu'on obtiendra le succès.

Le *repos* est le premier élément, le repos physique, l'aération continue qui font tomber la fièvre, suppriment les sueurs, restreignent les déperditions, constituent l'adjuvant à utiliser tout d'abord.

Un autre vient s'y joindre, c'est *l'influence climatérique* : nos malades sont en hypotension dans un état d'hypoplasie angio-hématique, il y a lieu de les mettre sous l'influence heureuse du climat maritime, mais à l'abri du vent sec et des changements brusques de la température au coucher du soleil. Ils en subiront *l'action névrosthénique* (Bennet, Lombard), l'air humide, dit Hayem « a pour effet de détendre le système nerveux des malades excités ou surexcités, de calmer l'insomnie » : leur hématopoïèse sera de même favorablement influencée.

Cazin, Ranvier, Lalesque et Motz ont insisté sur la crise hématique brusque qui se produit peu après l'arrivée au bord de la mer, Lalesque et Baladoni ont noté de plus l'augmentation de la richesse globulaire.

Enfin ce sont des sujets qui se déminéralisent et partant chez lesquels tout métabolisme cellulaire se ralentit, il y a donc intérêt à modifier leur alimentation dans le sens de la réminéralisation. Le tissu nerveux en particulier a besoin principalement de phosphore. On insti-

tuera donc un régime mixte avec prédominance des aliments plus particulièrement phosphorés, car les composés phosphoro-organiques d'origine alimentaire sont de véritables excitateurs des échanges nutritifs de la cellule.

Ce régime va être composé de lait, œufs, de poissons grillés ou de soupes de poisson, de crustacés, de cervelle de veau, le pain contient de mêmes substances phosphorées, et des substances azotées; la viande ne doit pas être donnée en quantité excessive, les farines de légumineuses sont toutes excellentes. — On évitera de donner trop de corps gras car ils ralentissent l'absorption des matières albuminoïdes (Letulle), et au-dessus d'un certain chiffre, souvent très rapidement atteint, ne déterminent que des phénomènes d'intolérance. Les aliments ne seront pas trop salés car Richet a vu que si on augmente par trop le sel on exagère par trop les échanges et les animaux maigrissent.

Enfin on a à sa disposition la reminéralisation par les médicaments, par les composés phosphorés, les glycérophosphates vantés par M. Albert Robin, mais qui ne sont absorbés qu'en très petite quantité, le phosphore organique, acide anhydro-oxyméthylène diphosphorique de Gilbert et Posternak, l'acide phosphorique selon la formule de Nicolaïdi, on joint au phosphate de soude, l'arsenic qui règle les oxydations, les lécithines qui diminuent l'élimination du phosphore et déterminent une meilleure utilisation des éléments azotés (Claude et Zaky).

Telles sont les diverses règles à suivre pour agir sur la nutrition, mais de même qu'à la fatigue physique se

joint le surmenage moral, de même à la cure physique doit se joindre la cure psychique. Aussi le premier but à atteindre est de prendre sur l'esprit de son malade un pouvoir absolu ; pour cela l'isolement relatif, mais hors de sa famille ou avec une seule personne qui lui est plus particulièrement dévouée et sympathique, est une des conditions les plus importantes, dans cet isolement relatif il sera plus malléable. — Nous avons essayé de montrer combien sa volonté était amoindrie, aussi est-ce cette faculté qu'il importe avant tout de traiter chez lui. Chez le tuberculeux en activité c'est vers le soin de sa santé que facilement souvent, plus difficilement parfois, le médecin doit faire converger tout ce qui reste de volonté au malade.

Il faut au tuberculeux, pour guérir, la volonté, il doit selon la formule de Grancher « vouloir guérir, le vouloir bien, le vouloir longtemps », l'obsession de la cure doit remplacer en lui l'obsession de sa déchéance physique. Plus tard, alors que le tuberculeux paraît complètement guéri (on sait combien il est difficile d'affirmer cette guérison), c'est à appliquer cette volonté à d'autres objets, à éviter la nosophobie, à faire reprendre une activité intellectuelle et physique sans excès, que doit s'appliquer le médecin et ces alternatives sont également délicates. Mais quand on a relevé les forces, c'est-à-dire bien orienté la nutrition, qu'on a la confiance de son malade et de l'action sur sa volonté, on peut espérer arriver peu à peu à modifier son état mental, à rétablir l'équilibre, et dans ses fonctions intellectuelles cette harmonie qu'il a perdue et dont le temps seul a le secret.

CONCLUSIONS

I. La tuberculose s'accompagne d'une façon presque constante de phénomènes psychonévrosiques ; ceux-ci consistent surtout en modifications du caractère des malades associées parfois à l'hystérie, à la neurasthénie ou à certains états délirants.

II. Au début de certaines tuberculoses, les troubles nerveux peuvent masquer les lésions bacillaires, et dans ce cas l'analyse exacte de ces troubles peut permettre de songer à la tuberculose et d'en dépister l'apparition (neurasthénie prétuberculeuse).

Dans d'autres cas, la tuberculose qui a été cliniquement reconnue est dans une période d'amélioration ou de guérison apparente et l'apparition de troubles psychiques peut faire craindre une poussée nouvelle de tuberculose avec ou sans lésions cérébrales spécifiques.

Parfois les accidents nerveux qui ont coexisté avec la tuberculose en cours d'évolution subsistent alors que les lésions semblent en voie de guérison, les symptômes neurasthéniques qui peuvent alors dominer le tableau clinique sont liés à la persistance de troubles organiques ou fonctionnels et montrent que la guérison n'est pas

encore acquise, ils peuvent disparaître lorsque l'amélioration s'accentue encore.

III. Lorsque la tuberculose est associée à l'hystérie, à la neurasthénie, on peut voir les accidents dramatiques de la tuberculose, l'hémoptysie en particulier faire cesser les phénomènes névrosiques. L'apparition de ceux-ci ne semble pas en revanche exercer d'action certaine sur l'évolution des manifestations tuberculeuses.

IV. Les divers troubles psychiques observés chez des tuberculeux présentent des caractères cliniques superposables à ceux attribués aux psychonévroses en général. Ils montrent le rôle important que joue l'état organique dans l'apparition de tels accidents car on peut facilement, même chez le tuberculeux guéri en apparence, mettre en lumière l'existence d'altérations des divers organes liées soit à l'infection tuberculeuse elle-même, soit aux auto-intoxications secondaires. Les conditions imparfaites de la nutrition des tuberculeux, les symptômes d'hypotonie cardiovasculaire qu'ils présentent expliquent qu'ils soient si fréquemment et longtemps atteints dans leurs fonctions psychiques, si surtout l'on fait simultanément intervenir la notion de la prédisposition nerveuse héréditaire et acquise.

V. L'état psychique du tuberculeux est donc toujours nettement conditionné par son état organique, et le point de départ de l'altération de son caractère, du malaise psychique qu'il accuse souvent, semble bien être la cénes-

thésie de sa déchéance organique engendrée par ces diverses causes.

VI. La thérapeutique de ces troubles psychiques trouve ses indications dans ces derniers faits, aux soins destinés à relever l'état général doit se joindre la thérapeutique morale, à l'action physique l'action psychique.

Vu :
Le président de la thèse,
BOUCHARD.

Vu :
Le doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique.

Pinel, 1819, *Recherches sur l'aliénation mentale.*

Morel, 1860, *Traité des maladies mentales.*

J. Workmann, 1864, *The american Journal of insanity* et *Ann. medico psychologique.* T. III, p. 113.

Mead, 1867, Dublin, Observation in the *Medical Works.*

Hahn, 1874, *Complications nerveuses de la phtisie.* Thèse, Paris.

Le Mat, 1875, *Troubles psychiques dans la phtisie.*

Cullère, 1876, Tuberculose chez les aliénés. *Annales médico-psychiques.*

Clouston, 1877, *Journal of mental sciences.*

— *Tuberculosis and misanity.*

— *Clinical Lectures on mental diseases.*

Moreau de Tours, 1877, *Abeille médicale.*

Esquirol, 1878, *De la folie.*

Biautey, 1879, Thèse, Paris.

Péter, 1879, *Clinique médicale.* T. II.

Bra, 1883, *Manuel des maladies mentales.*

Daremberg, 1883, *Arch. gén. de médecine.*

Chantemesse, 1884, Thèse, Paris.

Benner, 1886, Tuberculose et folie. *The alienist and neurologist.*

Roger, 1886, Folie tuberculeuse. *Ann. médico-psychologiques.*

Huchard et Axenfeld. *Traité des névroses.*

Macdonald, 1886, Remarks on a case of mania With phtisis. *British medical Journal*. London.

Weber, 1886, On the psycho nevrotic affection wich accompany and often mask phtisical disease. *Journal nervons and mental disease*.

Seglas, 1887-1894, *Leçons cliniques*.

Leudet, 1887, *Cong. de l'association pour l'avancement des sciences*. Le Havre.

Furet, 1887-88, *La tuberculose et l'hystérie*. Thèse, Paris.

Ball, 1888, *Leçons sur les maladies mentales*.

Grasset, *Dictionn. Dechambre*. Art. : Hystérie.

Cotard, *Études sur les maladies mentales*.

Régis, *Dictionn. Dechambre*. Art. : Folie sympathique.

Campbell, *American Journal of misanity*.

Mandsley, *La pathologie de l'esprit*.

Pidoux, *Études sur la phtisie*.

Letulle, *Essai sur la psychologie des tuberculeux*.

Falret, 1889, *Traité des maladies nerveuses et mentales*.

Snelle, 1890, *Allgemeine Zeitschrift für Psychologie*.

Mays, 1892, Pulmonary phtisis in its relation to insanity and to other neuroses. *Medical news*. Philadelphie.

Weill, 1893, *Revue de médecine*.

Bouchard, 1893, La fièvre. 1° *Semaine médicale*.

— 1894. La fièvre. 2° *Cong. de Rome*.

Crocq, 1894, *Gazette hebd. de méd. et de chir*.

Heinzelmann, 1894, Zür Psyche der Tuberkulösen. *Münchener klin. Woch*.

— 1895, *Deutsche Medicinal Zeitung*, n° 48.

Gibotteau, 1894, *De l'influence de l'hystérie sur la marche de la tuberculose pulmonaire*. Thèse, Paris, G. Steinheil, éd.

Taty, 1895, *Ann. médico-psychol*.

Tomlinson, 1895, Insanity and Phtisis ther transmutation concurrence and coexistences. *Journal nervous and mental disease*. New-York.

— 1899, *New York medical Journal*.

Toulouse, 1896, *Les causes de la folie.*

Merklin, 1896, *Allgemeine Zeitsch. für Psychiâtrie.*

Magnan, 1896, Délires dans l'hystérie. *Progrès médical.*

Serrigny, 1898, *Parenté des névroses et des psychoses.* Thèse, *Ibid. Ann. médico-psychol.*

Kara-Eneff, 1899, Thèse, Montpellier.

Dufour et Rabaud, 1899, Tuberculose pulmonaire et mélancolie. *Soc. anat.* Mars.

Bernheim, 1899, *Indépendance médicale.*

Parisot, 1899, La fièvre neurasthénique. *Cong. de Lille.*

Chartier, 1899, *De la phtisie et en particulier de la phtisie latente dans ses rapports avec les psychoses.* Thèse, Paris. G. Steinheil, éd.

Cornet, 1899, *Die Tuberkulose* Wien.

Klippel, 1900, *Les paralysies générales tuberculeuses.*

Mendelsohn, 1900, Zür Psyche der Tuberkulosen. *Zeitschrift für Krankenpflege.* Berlin.

Papillon, 1900, La neurasthénie prétuberculeuse. *Arch. gén. des sciences médicales.* Paris.

— La neurasthénie prétuberculeuse. *Bulletin des sociétés médicales d'arrondissement de Paris.*

Landouzy, Barbier, Daremberg, Petit, Hérard, Grancher, Malibran, Troubles génitaux chez les tuberculeux, *Chronique médicale.* 1898.

Vogt, 1900, Sur la genèse de l'hystérie. *Congrès de médecine.*

Gallois, 1900, Étiologie de la neurasthénie. *Bulletin de thérapeutique.*

André, 1900, La dyspnée des neurasthéniques. *Congrès.*

Drapes, 1901, *Journal of mental Society.*

Vigouroux, 1901, Méningite à forme mélancolique. *Société médico-psychologique.*

Béraud, 1901, *Troubles psychiques dans la tuberculose.* Thèse, Lyon.

Vaissade, 1901, *Névralgies faciales chez les tuberculeux.* Thèse, Lyon.

Favero, 1901, La deviatione della personalita psicoetica tossemia tubercolare. *Corriere Sanitare.* Milano.

Naumann, 1901, Zür Psyche der Tuberkulosen. *St Petersbourger med. Wochenschrift.*

G. Prévost, 1901, La névrose érotique. *Journ. de Méd. de Paris.*

Engel, 1902, Zür Psyche der Tuberkulosen. *Münchener klinische Wochenschrift.*

Naumann, 1902, Zür Psyche der Tuberkulosen. *Deutsche Aerzte Zeitung.* Berlin.

Pégurier, 1902, Les facultés affectives chez les tuberculeux. *Chronique médicale.*

Malibran, 1902, La psychologie du tuberculeux. *Revue critique de médecine et de chirurgie.*

Chelmonsky, 1902, Le système nerveux chez les tuberculeux, son influence sur l'évolution de la tuberculose. *Revue de médecine.*

Kraepelin, 1902, Die Diagnose der Neurasthenie. *Münchener klinische Wochenschrift.*

Letulle et Pompillian, 1902, Mouvements respiratoires et état nerveux. *Soc. de Biologie.*

Saxe, 1903, Troubles psychiques chez les tuberculeux. *New York medical Journal.* Août.

Landret, 1904, *Troubles génitaux chez les tuberculeux.* Thèse, Lyon.

Cathala, 1904, *Céphalie dans la tuberculose.* Thèse, Lyon.

Chaix, 1904, *Tuberculoses pulmonaires latentes.* Thèse, Paris. G. Steinheil, éd.

Dupré, 1904, Euphonie délirante des tuberculeux : 1° Congrès de Pau in *Revue Neurol.*, p. 920 ; 2° *Ibid.* Janvier 1906.

Hellpach, 1904, *Grundlinien einer Psychologie der Hysterie.* Leipzig.

Laffont, 1905, Pseudo-tuberculose pulmonaire par auto-suggestion. *Écho médical des Cévennes.* Nîmes.

Daremberg, 1905, *Formes cliniques et sociales de la tuberculose pulmonaire.*

Cramer, 1906, *Die Nervosität.* Inaugural Dissertation. Iéna.

Jacquet, 1906, *Les tuberculoses pulmonaires guéries.* Paris.

Romberg, 1906, Behandlung der Neurasthénie. Romberg. *Deutsche medizinische Wochenschrift.*

Matthieu, 1906, *La neurasthénie.* Biblioth. Charcot-Debove.

Bouveret, 1906, *La neurasthénie.*

Dubois, *Les psychonévroses et leur traitement moral.*

Étiologie.

1° *L'hérédité.*

Dejerine, 1886, *L'hérédité dans les maladies du système nerveux.* Thèse d'agrégation.

Grasset, 1884, *Rapports de l'hystérie avec la diathèse scrofuleuse.*

Landouzy, 1888, L'hérédité tuberculeuse. *Congrès de la Tuberculose.* Paris.

Pierret, 1894, *Congrès de Rome.*

Irrwell, 1896, Racial deterioration, the relation between phtisis and insanity. *American publish. Health Association.*

Ribot, *L'hérédité.*

Magnan et Legrain, *Les dégénérés.*

Galippe, *L'hérédité et les stigmates de dégénérescence.*

Legendre, L'hérédité. *Traité de Pathologie générale de* Bouchard.

Charrin, 1898, Modifications de l'organisme des rejetons de tuberculose. *Congrès de la tuberculose.* 1898.

Küss, 1898, *Hérédité parasitaire dans la tuberculose pulmonaire.* Thèse de Paris.

Landouzy, 1899, Prédisposition tuberculeuse. *Congrès de Berlin.*

Charrin, 1899, De l'hérédité. *Journ. de Physiolog. et de Path. générale.*

Rossi, 1899, Rapports entre la tuberculose et les névropathies. *Gazetta degli ospedali,* p. 1593.

Garcie, 1899, *Tuberculose et système nerveux.* Thèse de Toulouse.

Féré, *La famille névropathique.*

Papillon, 1900, Prétuberculose et hérédité. *Congrès de médecine.*

Baudelac de Pariente, 1902, *Tare des rejetons tuberculeux.* Thèse de Paris.

Charrin et Léri, 1903. Lésions nerveuses chez les rejetons issus de mères tuberculeuses. *Compte rendu, Académie des Sciences.*

Lobligeois, 1903, L'hérédité tuberculeuse. *Revue de médecine.*

Campana, 1903, *Hérédité tuberculeuse et névropathie.* Thèse de Lyon.

Crouzon et Villaret, 1904, Le problème de l'hérédité dans la tuberculose. *Revue de la tuberculose* (bibliographie complète).

2° *Nutrition.*

Gilles de la Tourette, *Traité de l'hystérie,* 1891.

Einzelmann, 1894, *Münchener med. Wochenschrift.* 15 janvier.

Berlioz, 1899, Nutrition dans la tuberculose. *Congrès de Lille.*

Bardet, 1900, Formule urinaire des neurasthéniques. *Bulletin thérapeutique.*

M. de Fleury, 1904, *Les grands symptômes neurasthéniques.*

Gouraud, 1903, Les échanges phosphorés dans la tuberculose. *Revue de la tuberculose.*

Laufer, 1904, Utilisation de la graisse chez les tuberculeux. *Académie de Médecine.* Novembre.

Gautrelet, 1904, Terrain dans la tuberculose. *Revue des maladies de la nutrition.* Août.

Pouchet et Laufer, 1905, Utilisation de la graisse chez les tuberculeux. *Académie de médecine.* Juin.

Charrin et Tissot, 1905, Les échanges respiratoires chez les tuberculeux. *Congrès de la tuberculose.*

Laffont, 1905, La prétuberculose. *Congrès de la tuberculose.*

Letulle et Pompillian, 1905, La nutrition des tuberculeux. *Congrès de la tuberculose.*

Lucet, 1905, *La nutrition chez les tuberculeux.* Paris.

Labbé et Vitry, 1905. Contribution à l'étude des échanges azotés chez les tuberculeux. *Congrès de la tuberculose. Revue de Médecine,* 1906.

Desgrez et Adler, 1905, Mesure de l'énergie de la synthèse cellulaire dans la tuberculose. *Congrès de la tuberculose.*

— 1905, Mesure de la déminéralisation. *Congrès de la tuberculose.*

Piéry et Denney, 1905, Élimination des chlorures dans la tuberculose. *Congrès de la tuberculose.*

Blanche, 1905, *L'alimentation rationnelle des tuberculeux*. Thèse de Paris.

Le Play, 1906, *Rôle des substances minérales dans l'organisme*. Thèse de Paris. G. Steinheil, édit.

Charrin, 1906, Rôle des substances minérales dans l'organisme *Semaine médicale*, p. 483.

Bouchard, *Maladie par ralentissement de la nutrition.*

J. Teissier, *Les albuminuries curables* (Actualités médicales).

— *Phosphaturie prétuberculeuse.*

Desgrez, *Élaborations sulfurées dans la tuberculose.*

3° *Hypoplasie angio-hématique.*

Papillon, 1897, *Diagnostic précoce de la tuberculose chez les chlorotiques*. Thèse, Paris.

Claude et Zaky, 1902, Hématologie dans la tuberculose expérimentale. *Revue de la tuberculose.*

— *Soc. de Biologie.*

Quiserne, 1902, *Les polyglobulies*. Thèse, Paris.

Van den Bulke, 1902, *Archives internation. de pharmacodynamie.*

Halbron, 1903, *Revue de la tuberculose.*

Labbé, 1903, *Soc. de Biologie.*

Orchansky, 1904, La pression artérielle chez les neurasthéniques. *Revue neurologique.*

M. de Fleury, 1904, *Les grands symptômes neurasthéniques.*

Bouchard et Balthazard, 1904, Bulletins de l'Académie des Sciences. *Cong. de la tuberculose*, 1905.

Potain, Le cœur des tuberculeux. *Clin. de la Charité.*

Guilleminot, 1905, L'aire cardiaque des tuberculeux guéris. *C. R. de l'Acad. des Sciences*, p. 811.

Potain, *La tension artérielle.*

Teissier, 1905, La pression artérielle dans la tuberculose. *Cong. de la tuberculose.*

Belliboni, 1905, La pression du sang chez les tuberculeux. *Gazeta di ospedale.*

Simon et Spillmann, *Cong. de la tuberculose*, 1905.

4° *Auto-intoxication.*

Chevalier-Lavaure, 1889, *Pathogénie de la folie.*

Chardon-Fleuret, 1889, *Influence des maladies infectieuses sur le développement des maladies mentales.* Thèse, Lille.

Chevalier-Lavaure, 1893, Délires d'auto-intoxication. *Cong. de La Rochelle.*

Launois et Moreau, 1893, Infections secondaires dans la tuberculose. *Cong. de la tuberculose.* Paris.

Roger, 1893, Influence de l'infection sur le système nerveux. *Rev. générale des Sciences*, 15 avril.

Dufour et Didde, 1899, Tuberculose et tuberculine. *Société neurologique.*

Régis et Lavaure, 1899, *Arch. de Neurol.* et *Presse médicale*, 1898.

Mircoli, 1900, Genèse des anomalies psychiques des tuberculeux. *Gazetta degli ospedali Milano*, p. 930.

M. Faure, 1900, Thèse, Paris.

Bouchard, *Les auto-intoxications dans les maladies.*

Marfan, Art. : Surmenage. *Traité de pathologie générale de* Bouchard.

M. de Fleury, *Urologie du neurasthénique. Les grands symptômes neurasthéniques.*

Halbron, *Tuberculose et Association microbienne.* Thèse, Paris.

Charrin, Art. : Infection. *Traité de pathologie générale.*

5° *Anatomie pathologique.*

Vaudremer et Martin, 1898, *Annales de l'Institut Pasteur. Société de Biologie.*

Anglade, 1902, Aspect d'épendymite tuberculeuse. *Revue neurologique.*

Armand-Delille, 1902, *Rôle des poisons du bacille de Koch dans la méningite tuberculeuse et la tuberculose des centres nerveux.* Thèse, Paris, G. Steinheil, éd.

Piéri, 1902, Altérations histologiques de l'écorce cérébrale des tuberculeux. *Clinica mediana Italiana.*

Anglade et Chocreaux, 1903, La tuberculose dans l'étiologie des maladies nerveuses. *Bulletin de l'Académie de médecine,* p. 381.

Morselli, 1903, *La tuberculose dans la pathogénie des maladies nerveuses.* Thèse, Gênes.

Laignel-Lavastine, 1906, *Revue de médecine.*

Dupré et Nisll, 1904, *Revue neurologique.*

Pathogénie.

Mac Douggal, 1896, The phisicals caracteristics of the attention, *Psycological Review.*

Van Ness Dearborn, 1899, L'émotion et la joie. *Psycological Review of New-York.*

Rabier, *Psychologie.* — Chez Alcan.

Boirac, *Traité de philosophie.*

Binet, *L'âme et le corps. La fatigue mentale.* — Chez Flammarion.

Paulhan, *Éléments de psychologie.* — Chez Alcan.

— *L'activité mentale et les éléments de l'esprit.*

— *La synthèse mentale.*

Janet, *Les obsessions et la psychasthénie.*

— *Névroses et idées fixes.*

Dumas, *La tristesse et la joie.*

— *Les états intellectuels dans la mélancolie.*

Féré, *Pathologie des émotions.*

— *Sensation et mouvement.*

Azam, *Le caractère dans la maladie.* Bordeaux.

Malapert, *Les éléments du caractère.*

Joteyko, Article : Fatigue in *Dictionnaire de physiologie de* Richet.

Vaschide, Les rapports du travail physique et du travail intellectuel. *Gazette des hôpitaux,* 1905.

Paulhan, *Les mensonges du caractère.*

Ribot, *La psychologie de l'attention.*

— *Les maladies de la volonté.*

— *La psychologie des sentiments.*

J. Soury, *Théorie des émotions.*

Darwin, *L'expression des émotions.*

Lange, *Les émotions.*

Bourget, *Essai de psychologie contemporaine.*

Bain, *Les émotions et la volonté.*

Beaunis, *Les sensations internes.*

Taine, *De l'intelligence.*

Maine de Biran, *Journal de ma vie intime.*

Babinski, Ma conception de l'hystérie. *Tribune médicale,* 1906.

Traitement.

Claude et A. Zaky, 1902, Rôle des lécithines. *Presse médicale.*

Gilbert et Posternack, *Les échanges phosphorés dans l'organisme* (Collection Critzmann).

Roussel. *L'alimentation rationnelle des tuberculeux.* Thèse de Paris.

Blanche, 1905, *L'alimentation des tuberculeux.* Thèse de Paris.

Dettweiller, *Thérapeutique de la tuberculose.*

Daremberg, *Traitement de la tuberculose pulmonaire.*

Bennet, 1874, *Recherches sur le traitement de la phtisie pulmonaire par l'hygiène, les climats et la médecine dans ses rapports avec les doctrines modernes.* Paris.

Chuquet, *L'hygiène du tuberculeux.*

Fiessinger, 1903, Influence du climat marin sur l'appareil cardio-vasculaire. *Congrès de la thalassothérapie.* Biarritz.

Gimbert, 1903, Cannes et le Cannet. *Bulletin médical*, 19 février.

Grancher, *Maladies de l'appareil respiratoire.*

Guiter, 1900, La cure de la tuberculose et le littoral méditerranéen. *Presse médicale.*

— 1903, *Congrès de climatothérapie.* Nice.

Hayem, 1894, *Leçons de thérapeutique, les agents physiques et naturels.* Paris.

Lalesque, 1904, *La mer et les tuberculeux.* Y voir la bibliographie très complète de la question.

Thomas, 1906. La psychothérapie. *La Clinique.*

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.